

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA INTERVENCIÓN A TRAVÉS DEL MÉTODO
DE LA PSICOTERAPIA DE TIEMPO LIMITADO EN EL DUELO Y LAS
SEPARACIONES DE JAMES MANN EN TRES CASOS DE DUELO
COMPLICADO**

Por

Psic. Elisa Bosquez Young

Asesor

Dr. Ramón Mon

**Trabajo de Graduación sometido a la consideración de la Facultad para
optar por el título de Magister en Psicología Clínica**

2007

INDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	IV
INTRODUCCIÓN	V
CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	VIII
JUSTIFICACIÓN	XI
CAPÍTULO 1 EL PROCESO DE DUELO	14
a) El Proceso de Duelo	15
1 Aspectos Generales	15
2 Concepto de duelo y luto	17
b) El Duelo Complicado	19
1 Determinantes del duelo	19
a Quien era la persona	19
b Naturaleza del apego	20
c Tipo de muerte	21
d Antecedentes históricos	22
e Variables de personalidad	22
f Variables sociales	23
g Factores relacionales	25
h Otros tipos de estrés simultáneos	26
2 Tipos de Duelo Complicado	27
a Duelo patológico	27
b Duelo crónico	27
c Duelo retrasado	28
d Duelo exagerado	29
e Duelo enmascarado	30
3 Elaboración de tipos especiales de pérdidas	32
a Suicidio	32
b El duelo por un hijo	35
c) Variables que afectan la elaboración del duelo	44
1 Variables vinculadas fundamentalmente al objeto	44
2 Variables vinculadas fundamentalmente al sujeto	49
3- Variables vinculadas fundamentalmente con el cómo de la pérdida	55

4- Otras variables que influyen en el desarrollo del duelo	63
E Modelos	67
1 El modelo psicoanalítico del duelo (Sigmund Freud)	67
2 Los procesos de duelo en el psicoanálisis kleiniano	68
3- Duelo y apego (John Bowlby)	70
4 Aportaciones de Parkes	71
5 Modelo de las seis R de Rando	72
6 Fases de Kubbler Ross	76
7 Tareas del Duelo (Worden)	76
E Los Momentos del Duelo	78
F La Psicoterapia de Tiempo Limitado en el Duelo y las Separaciones de James Mann	84
1 Conceptos Generales	84
2 El Modelo	84
a El sentido del tiempo	84
b El contrato terapéutico y las guías para el tratamiento	88
c- Algunas situaciones conflictivas universales	90
d La secuencia de eventos dinámicos	92
e- Selección de casos	93
CAPÍTULO II METODOLOGÍA	95
1 Planteamiento del problema	96
2 Preguntas de investigación	97
3- Formulación de objetivos	97
4 Categorías Apriorísticas	98
5 Definición conceptual de las categorías apriorísticas	98
6- Definición operacional de las categorías apriorísticas	99
7 Tipo de investigación	100
8 Diseño de investigación	100
9- Selección de las participantes y escenarios de investigación	100
10 Procedimiento para analizar la información	101
11 La interpretación de la información	102
12 Descripción de los instrumentos	103

CAPÍTULO III PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS POR CADA INSTRUMENTO Y TRIANGULACIÓN DE LA INFORMACIÓN	114
A Triangulación de la información obtenida de la intervención a través del método de la Psicoterapia de Tiempo Limitado en el duelo y las separaciones de James Mann	115
B Triangulación de los resultados del mapa del duelo	119
C Triangulación de los resultados del inventario de experiencias en duelo	123
CAPÍTULO IV DISCUSIÓN	125
CONCLUSIONES	128
RECOMENDACIONES	131
BIBLIOGRAFÍA	134
ANEXOS	138
A Historias Clínicas de cada caso	139
B Resúmenes de las sesiones de cada caso	141
C Análisis para establecer el duelo complicado de acuerdo a las Variables intervinientes en la pérdida de cada caso	177

DEDICATORIA

**A todos mis pacientes de la Fundación Piero Rafael Martínez De La Hoz
quienes nos han enseñado a valorar la vida desde la experiencia de la muerte**

AGRADECIMIENTOS

A mi familia mi soporte durante estos años de mi carrera profesional

**A todo el equipo de trabajo de la Fundación Piero Rafael Martínez por sus
atinados comentarios y aportes para darle forma a esta investigación**

**A Dios la fuente de todas las bendiciones que he recibido para culminar este
proyecto**

RESUMEN

Este estudio es una investigación primordialmente cualitativa. Se trata también de un preexperimento con diseño antes y después con 3 replicaciones con el método de estudio de casos e intervención bajo el enfoque cualitativo.

Atendiendo al tema de investigación de este estudio se seleccionaron 3 participantes que compartían entre sí la experiencia de haber tenido una pérdida significativa por muerte.

El objetivo principal de esta investigación fue aplicar los principios de la Psicoterapia de Tiempo Limitado de James Mann y hacer un análisis de la evolución de cada caso lo cual fue posible con la ayuda de dos instrumentos uno cuantitativo y otro cualitativo.

El proceso psicoterapéutico reflejó mejoras en la valoración hacia sí mismas en cada una de las participantes.

El mapa del duelo reflejó una evolución favorable en las etapas del duelo.

De los 3 casos analizados uno evolucionó con mejores posibilidades de acuerdo a mi observación como investigadora debido a factores como la edad, excelente capacidad de insight, muy buen nivel de inteligencia y a diferencia de los otros dos casos anteriores, el contar con una relación nutritiva de pareja. El Inventario de Experiencias en Duelo, un instrumento cuantitativo utilizado en este análisis, señala que los cambios fueron significativos luego de la aplicación del tratamiento en último caso.

SUMMARY

This study is fundamentally a qualitative investigation. One is also an preexperiment with a before and after design in 3 replications with the method of study of cases and intervention under a qualitative approach.

The subjects of investigation of this study were 3 participants whom agree with this study and who shared the experience of to have had a significant loss by death. The primary target of this investigation was to apply the principles of the Psychotherapy of Time Limited of James Mann and to make an analysis of the evolution of each case which was possible with the aid of two instruments one quantitative and another qualitative one.

The psicoterapeutic process reflected improvements in the valuation towards themselves in each one of the participants. The Grief Map reflected a favorable evolution in the stages of grief.

Of the 3 analyzed cases one evolved with better possibilities according to my observation like investigator due to factors like the age, excellent capacity of insight, very good level of intelligence and unlike the other two previous cases counting on a nutritious relation of pair. The Grief Experience Inventory, a used quantitative instrument in this analysis indicates that the changes were significant after the application of the treatment in last case.

INTRODUCCIÓN

Algunos procesos de duelo tienden a ser más intensos y prolongados casi siempre por algún conflicto no resuelto relacionado con la pérdida. Estos conflictos no resueltos pueden deberse a variables como las señaladas por Jorge Tizón en su libro *Pérdida, Pena y Duelo*, tales como las características del objeto (el Otro que se fue), las del sujeto (doliente), de la relación sujeto – objeto y las circunstancias de la pérdida.

La Pérdida de hijos o familiares en la infancia, en la primera infancia o en el embarazo avanzado (y más si es subita, la muerte subita) tiende a dificultar los procesos de duelo de forma importante: los prolonga, favorece los autorreproches, la culpa, las autoacusaciones y acusaciones, la pérdida de la autoestima. Favorece también la desviación patológica, en especial depresiva del duelo (Parkes, 1998; Bacque y Hanus, 2000; Citado por Tizón, 2004).

Como recuerda Parkes (1998), la pérdida que más frecuentemente da lugar a dificultades psicológicas es la pérdida del marido; es el tipo de duelos que más a menudo llevan a requerir ayuda profana o profesional y la situación más frecuente entre las pacientes psiquiátricas de edad media (Parkes, 1998). Sin embargo, la muerte o separación de los hijos es la que determina puntuaciones más altas en escalas de evaluación tales como el Texas Inventory

segun el modelo de James Mann que brinde una caracterización cualitativa de la forma como cada individuo vive su pérdida y percibe a las distintas variables que han afectado esta sana resolución

of Grief (Neidig y Dalgas 1991) En mi experiencia clínica la pérdida de un hijo es uno de los procesos de duelo más perturbadores y duraderos

A menudo las dificultades para elaborar la separación son vistas como indicaciones de amor de vinculación de solidaridad mientras que la facilidad para elaborar esta separación podría ser interpretada por algunos como ausencia de respuesta emotiva Esta controversia fue resuelta por Bowlby quien a partir de sus primeras obras insistió en que una relación de amor bien establecida es la que permite y tolera la separación Entre otras cosas porque la buena relación es fuente de funciones emocionales tales como la esperanza (de la reunión con lo perdido) y la confianza (de que el otro no nos abandonará) Ése es el apego seguro o vínculo seguro

La Psicoterapia de Tiempo Limitado de James Mann no es exclusiva para trabajar duelo pero su autor nos dice que las situaciones conflictivas universales para las que puede ser útil este modelo son

- 1 Independencia vs Dependencia
- 2 Actividad vs Pasividad
- 3 Autoestima adecuada vs Autoestima disminuida
- 4 Duelo sin resolver vs Duelo retrasado

El propósito de esta investigación es establecer un punto de partida que vincule el tema de los duelos no resueltos con la terapia de tiempo limitado

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En el año 2001 Holly Prigerson lanza una versión en inglés del Inventario de Duelo Complicado el cual se constituye en un primer intento de estandarizar esta categoría del duelo. Posteriormente ese mismo año se lanza la versión en español a cargo de Jesus Garcia – Garcia y su equipo, en donde se encuentra también Holly Prigerson.

En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría se hace referencia a las reacciones anormales de duelo como duelo complicado.

En nuestro país existen dos tesis publicadas cuyo objeto principal de investigación es el duelo complicado. En una de ellas se busca describir las reacciones de padres cuyos hijos murieron siendo niños a causa de una enfermedad terminal. La otra buscaba brindar una alternativa terapéutica grupal para madres cuyos hijos murieron antes de nacer o al momento del parto.

Esta investigación se trata del duelo complicado en el contexto de las variables que lo explican, es decir, que para los profesionales de la salud mental es importante saber por qué fracasa la gente al elaborar el duelo. Para ello acudiremos al análisis de las variables que afectan la elaboración del duelo. Tizón (2004) se refiere a ellas como *variables vinculadas fundamentalmente al*

objeto variables fundamentalmente vinculadas al sujeto variables vinculadas fundamentalmente con el cómo de la pérdida

El duelo complicado se manifiesta de varias formas y se le han puesto diferentes etiquetas. A veces se le llama patológico (para efecto de esta investigación el duelo patológico lo consideramos una forma de duelo complicado caracterizado por la presencia del algún trastorno mental o de personalidad establecido en clasificaciones como el DSM IV) crónico, retrasado o exagerado.

A principios de siglo Freud y Abrahams escribieron artículos que diferenciaban el duelo normal del anormal (Abrahams 1927, Freud 1917). Sin embargo, su enfoque consistía básicamente en describir ciertas características comunes en el duelo normal y otras en el anormal. Este enfoque descriptivo generalmente no es suficiente ni satisfactorio. Los estudios posteriores indican que algunas de las características que Freud y Abrahams describían como propias del duelo anormal se han encontrado en el duelo normal en poblaciones al azar. Un ejemplo serían los episodios de dolor que se producen después de una pérdida. Freud y Abrahams pensaban que estos episodios eran indicadores de una reacción de complicación, mientras que ahora los vemos como una experiencia bastante común. Hoy en día encontramos que hay una relación más continua entre las reacciones complicadas y no complicadas, y que la anormalidad está más relacionada con la intensidad o la duración de una

reacción que con la simple presencia o ausencia de una conducta específica
(Horowitz 1980)

JUSTIFICACIÓN

Por que unos lo superan y otros no o por qué unos lo hacen más rápido que otros son preguntas que frecuentemente nos hacemos los que acompañamos en los procesos de duelo

Debido al volumen de personas que acuden a buscar ayuda para afrontar con más herramientas sus pérdidas significativas es apremiante poder evaluar cada caso y establecer la diferenciación entre un duelo que (probablemente) evolucionará como duelo normal y un duelo que (probablemente) evolucionará como complicado de manera que los profesionales de la salud mental no prolonguen innecesariamente los duelos normales patologizándolos o medicalizándolos ni mucho menos se minimicen los efectos de un duelo complicado

Hoy día parece especialmente apremiante las psicoterapias de tiempo limitado Vivimos en un medio en el que el tiempo que es medido por los relojes y los calendarios nos empuja a lograr las metas y proyectos en menos tiempo

Lo mismo sucede con el dolor Hay una fuerte necesidad de que quienes están en duelo lo superen pronto porque no hay tolerancia en nuestra sociedad a las reacciones de aflicción de quienes han perdido a sus seres queridos

Esta investigación la hemos realizado con el doble propósito de conocer más integralmente las percepciones de cada actor con relación a las dificultades que le han impedido hacer una elaboración sana de sus duelos y que los mismos se han convertido en alguna categoría de duelo complicado al igual que nos proponemos evaluar los resultados de una intervención de tiempo limitado para estos casos

Los resultados de esta investigación tiene también fines prácticos La Fundación Piero Rafael Martinez De La Hoz es una organización sin fines de lucro que se dedica desde el año 2000 a brindar apoyo emocional a personas que han tenido pérdidas Con el transcurrir de los años la población que acude en búsqueda de ayuda ha incrementado considerablemente lo que ha obligado a su personal de planta a encontrar alternativas terapéuticas para los duelos patológicos pero que al mismo tiempo no generen una dependencia hacia la institución que además colapsaría si se utilizaran estrategias terapéuticas de largo plazo en forma individual por el volumen de personas que acuden

La realización de una investigación que involucre una estrategia de tiempo limitado en personas en duelo por muerte viene a llenar un vacío importante en el servicio brindado a esta población puesto que hay una intensa presión socioeconómica para que las psicoterapias no solo se acomoden a las necesidades de los pacientes sino también a las exigencias ahorrativas de las instituciones sociales que tienen a su cargo velar por la salud mental

En la práctica este modelo servirá como punto de referencia para el tratamiento de casos de duelo a nivel institucional no sólo por los factores socioeconómicos sino también por toda la riqueza de conocimientos y experiencias que se deriven de las intervenciones terapéuticas a los protagonistas de la investigación

Debido a que la gran mayoría de las personas que acuden a instituciones de salud mental no pueden comprometerse en terapias largas por el tiempo y por el valor económico que implican se justifica la elaboración de un proyecto como este

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

A EL PROCESO DE DUELO

1 Aspectos Generales

De acuerdo al Diccionario de Términos y Conceptos Psicoanalíticos el duelo es un proceso mental por el que se restaura el equilibrio psíquico tras la pérdida de un objeto de amor significativo. Aunque típicamente se relaciona el duelo con la aflicción producida por la muerte de una persona, cuando constituye en realidad una respuesta normal a cualquier tipo de pérdida importante. El estado de ánimo predominante en este proceso es de carácter doloroso y se acompaña generalmente de pérdida de interés en el mundo externo, absorción en los recuerdos del objeto perdido y capacidad disminuida para nuevas inversiones emocionales. Un duelo sin complicaciones no es patológico y no requiere tratamiento; con el tiempo, el sujeto se adapta a la pérdida y renueva su capacidad para experimentar placer en las relaciones.

Aunque se conserva la comprobación de la realidad que atestigua la inexistencia del objeto amado, en el proceso interno de duelo la persona afligida es inicialmente incapaz de deshacerse del apego por el objeto perdido, da la espalda a la realidad por medio de una negación y continúa intensamente vinculada a la representación mental de dicho objeto. Así, la pérdida objetal se transforma en una pérdida yoica. A lo largo de las fases del proceso de duelo, esta pérdida yoica va atenuándose y se restaura el equilibrio psíquico. La labor del duelo incluye tres fases sucesivas e interrelacionadas influyendo la evolución de una sobre el curso de la siguiente.

- a Comprensión y aceptación de la pérdida y enfrentamiento a ella y sus circunstancias
- b Duelo propiamente dicho que supone una retracción del apego al objeto perdido y de las indentificaciones con él (decatexia) y
- c Reanudación de una vida emocional acorde con el nivel correspondiente de madurez lo que frecuentemente implica el establecimiento de nuevas relaciones (recatexia)

A cualquier edad la capacidad de la persona para concluir un proceso de duelo está en función de factores internos y externos tales como el nivel de madurez emocional la capacidad de tolerancia para los afectos dolorosos la autonomía de la regulación de su autoestima el grado de dependencia del objeto perdido y las circunstancias que rodearon a la pérdida Estas variables las describiremos más ampliamente en los próximos temas a desarrollar en esta investigación Ellas constituyen el eje de atención pues explican por qué se complican o se hacen patológicos los duelos

En la niñez el resultado del proceso de duelo depende de factores del desarrollo que incluyen el nivel de constancia objetal y del self la capacidad de comprensión de los aspectos concretos de la muerte la tolerancia a los afectos penosos y el tipo de vínculo amoroso con los padres

El termino *duelo* es aplicable también a los procesos mentales que tienen lugar tras ciertos tipos de pérdida que no implican muerte Por ejemplo puede experimentarse gran pesar y duelo tras la pérdida de representaciones abstractas de algunas entidades significativas como la libertad de la patria o la

creencia en un ideal. También puede existir duelo por la pérdida de partes del cuerpo o por la pérdida de capacidades físicas propias del paso de los años. Otras pérdidas que a veces requieren un proceso de duelo son aquellas relativas a objetos inanimados intensamente investidos (por ejemplo la casa) a cualquier entidad que represente una fuente importante de seguridad (un trabajo) o a separaciones significativas (un divorcio, mudanza de unos amigos, hijos que abandonan el hogar, terminación de un análisis, etc.)

Freud distinguio entre el duelo normal y la depresión, pero muchos psicoanalistas no encuentran clara la diferencia entre la depresión y el duelo patológico. Algunas formas de depresión tienen una etiología biológica en vez de estar causadas por una pérdida objetal. Entre las reacciones patológicas de duelo está la ausencia defensiva de congoja, así como las reacciones de aflicción prolongada descritas por Volkan, que perpetúan la representación del objeto perdido por medio de objetos vinculantes.

2 Concepto de duelo y luto

Podemos definir el duelo (del latín *dolus* dolor) como la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. O también como la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. El luto (del latín *lugere* llorar) es el duelo por la

muerte de una persona querida se manifiesta con signos externos comportamientos sociales y ritos religiosos La denominación de luto se reserva a los aspectos más externos y convencionales más formales y sociales del comportamiento humano ante la pérdida del ser querido Se aplica el término para nombrar las reacciones afectivas y en especial el proceso psíquico de elaboración del dolor de la muerte

LOSS Es el estado de ser privado de o estar sin algo que uno ha tenido (*PÉRDIDA*)

GRIEF Es el dolor y la experiencia de sufrimiento tras la pérdida (*PENA AFLICCIÓN SUFRIMIENTO*)

MOURNING Periodo de tiempo durante el cual se muestran signos de sufrimiento o pena Periodo de duelo o luto expresión social del duelo (*DUELO*)

BEREAVEMENT Reacción ante la pérdida de una relación íntima privación afectiva pérdida de un allegado (*DUELO POR UNA PERSONA ALLEGADA*)

B EL DUELO COMPLICADO

Antes de analizar reacciones anormales específicas del duelo es importante entender por qué fracasa la gente al elaborarlo. Las siguientes áreas son importantes cuando nos planteamos por qué fracasan las personas al elaborar un duelo.

Si se evalúa a un gran número de personas en duelo se encontrará un amplio rango de conductas, pero existen importantes diferencias individuales. Para algunos el duelo es una experiencia muy intensa, mientras que para otros es bastante leve. Para algunos el duelo empieza en el momento en que conocen la pérdida, mientras que para otros es una experiencia retardada. En algunos casos el duelo dura un período de tiempo relativamente breve, mientras que en otros parece durar siempre. Si se quisiera predecir cómo responderá una persona a una pérdida, los determinantes más importantes parecen entrar dentro de las seis categorías siguientes:

1 Determinantes del duelo

- a Quien era la persona** Para empezar con lo más obvio, si se quiere predecir cómo responderá alguien a una pérdida, se tiene que saber algo del fallecido. Por un abuelo que muere por causas naturales probablemente se elaborará un duelo diferente que por un hermano que muere en un accidente de coche. Por la pérdida de un primo lejano se

sufrirá un duelo diferente que por la pérdida de un hijo. La pérdida del cónyuge se elaborará de manera diferente que la de uno de los padres.

b La naturaleza del apego. No sólo se necesita saber quién era la persona sino también cuál era la naturaleza del apego. Esto incluiría saber algo de

b-1 La fuerza del apego. Es casi axiomático que la ansiedad del duelo está determinada por la intensidad del amor. La reacción emocional aumentará su gravedad proporcionalmente a la intensidad de la relación afectiva.

b-2 La seguridad del apego. ¿Cómo era de necesario el fallecido para la sensación de bienestar del superviviente? Si el superviviente necesitaba a la persona perdida para su sentido de autoestima, por ejemplo sentirse bien consigo mismo, esto anunciará una reacción emocional más difícil. Para muchos, su seguridad y sus necesidades de estima las cubre la pareja y cuando ésta muere, las necesidades siguen siendo las mismas pero los recursos han desaparecido.

b-3 La ambivalencia en la relación. En cualquier relación íntima siempre hay cierto grado de ambivalencia. Básicamente se ama a la persona pero también coexisten sentimientos negativos. Normalmente los sentimientos positivos sobrepasan con diferencia a los negativos pero en el caso de una relación muy ambivalente en la que los sentimientos negativos coexisten

en una proporción casi igual habrá una reacción emocional más difícil en el duelo. Normalmente en una relación altamente ambivalente existe una cantidad tremenda de culpa expresada muchas veces como ¿hice lo suficiente? unida a una rabia intensa por el hecho de que el fallecido le haya dejado solo/a

b 4 Los conflictos con el fallecido son también determinantes importantes de la respuesta ante un duelo. Esto se refiere no sólo a los conflictos cercanos al momento de la muerte sino a una historia de conflictos. Merecen mención especial los conflictos que provienen de abuso sexual y / o físico a una edad temprana (Krupp 1986)

c Tipo de muerte Cómo murió la persona nos dirá algo sobre cómo elabora el duelo el superviviente. Tradicionalmente las muertes se han catalogado bajo las categorías NASH: natural, accidental, suicidio y homicidio. La muerte accidental de un hijo todavía joven se elaborará de manera diferente que la muerte natural de una persona anciana que muere a una edad más apropiada. La muerte por suicidio de un padre se elaborará de manera diferente que la muerte esperada de una madre joven que deja hijos pequeños. Otras dimensiones asociadas con el tipo de muerte incluyen dónde se produjo la muerte a nivel geográfico: si ocurrió cerca o lejos y si había algún aviso previo o se trata de una muerte inesperada. Los supervivientes de muertes repentinas, especialmente los supervivientes jóvenes, tienen momentos más difíciles

un año o dos más tarde que las personas con aviso previo (Parkes y Weiss 1983) A veces las circunstancias que rodean a la muerte facilitan a los supervivientes la expresión del enfado y la culpa Esto es particularmente cierto en el caso de muertes accidentales aunque aumentan sus sentimientos de impotencia (Bowlby 1980) En circunstancias en las que el superviviente mata a la persona en un accidente o en un homicidio la culpa obviamente será un factor clave del afrontamiento de la pérdida

- d Antecedentes Historicos** Para predecir cómo va a elaborar el duelo cada persona hay que saber si ha tenido pérdidas anteriores y cómo se elaboraron dichos duelos ¿Se elaboraron adecuadamente o añaden a la nueva pérdida la irresolución de la primera? Es importante conocer la historia de salud mental previa de la persona (es frecuente que aquellas personas que han padecido depresiones anteriormente sufran más elaborando el duelo)
- e Variables de Personalidad** Bowlby defendió con fuerza que se tuviera en cuenta la estructura de personalidad de la persona en duelo cuando intentara entender su respuesta ante la pérdida (Bowlby 1980) Las variables incluyen la edad y el sexo la inhibición de sentimientos que tiene cómo maneja la ansiedad y cómo afronta las situaciones estresantes Si son personas muy dependientes o han tenido relaciones tempranas complicadas Las personas diagnosticadas de ciertos trastornos de personalidad pueden pasar momentos difíciles al manejar la

pérdida. Esto es especialmente cierto con las personas clasificadas con trastornos de personalidad borderline o narcisista.

f Variables Sociales Todos nosotros pertenecemos a varias subculturas sociales. La subcultura étnica y social son sólo dos entre muchas. Nos proporcionan pautas generales y rituales de comportamiento. Los irlandeses, por ejemplo, elaboran el duelo de manera diferente que los italianos, y la gente de la ciudad de Panamá lo hace diferente a como lo hace el colombiano o el tico. Incluso hay diferencias dentro de un mismo país, como en el caso del nuestro, en donde las personas de las provincias conservan más los ritos mortuorios que facilitan la aceptación de la pérdida con menos complejidad de lo que le sucede al capitalino, quien tiene que hacer todo de forma rápida. El grado de apoyo emocional y social percibido que se recibe de los demás, tanto dentro como fuera de la familia, es significativo en el proceso de duelo. Varios estudios han mostrado que el apoyo social percibido alivia los efectos adversos del estrés, incluido el estrés del duelo (Blazer, 1982; Pennebaker, O'Heeron, 1984; Levav y otros, 1988; Bowling, 1988). Incluso las personas que tenían un animal mostraron menos síntomas que las personas que no tenían su compañía (Akiyama, 1986). La mayoría de los estudios encuentran que aquellos que progresan menos en el duelo tienen un apoyo social inadecuado o conflictivo. Una última dimensión que se debería mencionar bajo variables sociales es la ganancia secundaria que puede encontrar el superviviente al elaborar el duelo. Un superviviente

puede ganar mucha distancia en su apoyo social a causa del duelo y esto puede tener un efecto en su duracion Sin embargo un duelo prolongado puede tener el efecto opuesto y apartarle de la red social

Lazare destaca tres situaciones que pueden presagiar o dar lugar a un duelo complicado (Lazare 1979) La primera es que *no se pueda hablar socialmente de la pérdida* situación que se produce a menudo en la muerte por suicidio Cuando alguien muere de esta manera sobre todo si las circunstancias son algo ambiguas y nadie quiere decir si ha sido un suicidio o un accidente existe la tendencia en la familia y en los amigos a no hablar de las circunstancias que rodean a la muerte Esta conspiración de silencio hace mucho daño al superviviente que puede que necesite comunicarse con los demás para resolver su propio duelo

Un segundo factor es la negación social de la pérdida en otras palabras cuando la persona y los que están a su alrededor actúan como si la pérdida no hubiera ocurrido Un buen ejemplo de esto sería la forma en que algunas personas afrontan el aborto

Una tercera dimensión social que puede producir complicaciones es la *ausencia de una red social de apoyo* El tipo de matriz de apoyo incluyen a las personas que conocían al fallecido y que se pueden dar apoyo mutuo En nuestra sociedad es frecuente que la gente viva lejos de su familia y amigos

g Factores relacionales Las variables relacionales definen el tipo de relación que tiene la persona con el fallecido. La relación que suele impedir que la gente elabore un duelo adecuadamente es la que tiene un grado elevado de ambivalencia con hostilidad no expresada. Aquí la incapacidad para afrontar y tratar dicha ambivalencia inhibe el duelo o presagia un exceso de enfado y de culpa que producen dificultades al superviviente. Otro tipo de relación que plantea problemas es la narcisista en la que el fallecido representa una extensión del superviviente. Admitir la pérdida supone admitir la pérdida de una parte de sí mismo así que la niega. En algunos casos la muerte puede volver a abrir viejas heridas. La muerte de un padre, padrastro u otra persona que ha sido abusador sexual de la persona en duelo puede volver a abrir sentimientos residuales de la situación. La investigación sobre abuso ha mostrado que las víctimas sufren de baja autoestima y estilos atribucionales autoculpadores. Esta sensación de culpa puede reaparecer durante y después de la muerte y lleva a la persona a formas de duelo más complicadas. Esto es menos probable que ocurra si se ha elaborado el tema del abuso antes de la muerte. Sin embargo incluso en los casos en los que se ha "tratado" el abuso antes la muerte puede sacar a relucir pensamientos y sentimientos asociados a este tipo de relación complicada y conflictiva con el abusador.

En algunas relaciones sentimos dolor por lo que deseábamos y nunca tuvimos o nunca tendremos.

Las relaciones dependientes son también muy difíciles de elaborar. Mardi Horowitz y sus colaboradores en la Escuela de Medicina de la Universidad de California en San Francisco creen que la dependencia y la oralidad juegan una parte importante a la hora de predisponer a un duelo patológico. Una persona que tiene una relación muy dependiente y pierde la fuente de dicha dependencia experimenta un cambio de autoimagen de persona fuerte bien sostenida por la relación con otra persona fuerte a la estructura preexistente de débil de niño abandonado impotente suplicando en vano que le rescate la persona perdida o que la ha abandonado (Horowitz 1980).

La mayoría de las personas que pierden a un ser significativo se sentirán algo impotentes pero esta sensación no tiene la cualidad de desesperación que tiene en la vida de alguien que tenía una relación demasiado dependiente. Además en la persona sana la sensación de impotencia no excluye otras autoimágenes más positivas. En una personalidad normal y sana hay un equilibrio entre las percepciones positivas y negativas de la autoimagen. En la persona que pierde una relación demasiado dependiente los sentimientos de impotencia tienden a desbordar cualquier otro sentimiento o cualquier capacidad para compensar este autoconcepto negativo con uno más positivo.

- h Otros tipos de estrés simultáneos** Otros factores que afectan al duelo son los cambios simultáneos y crisis que surgen después de la muerte.

Algunos cambios son inevitables pero existen personas y familias que experimentan niveles altos de desorganización después de una muerte incluyendo graves cambios económicos

2 Tipos de Duelo Complicado

- a Duelo Patológico** Es aquel duelo en el que se instaura un trastorno mental tal y como aparecen en las clasificaciones al uso como el DSM IV o el CIE – 10
- b Duelo Cronico** Un duelo crónico es aquel que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria Las reacciones el día del aniversario son normales durante diez años o mas pero en si mismas no indican un duelo crónico Este tipo de duelo es bastante fácil de diagnosticar porque la persona que lo sufre es muy consciente de que no consigue acabarlo Aunque sea consciente de la situación el duelo crónico no necesariamente se resuelve por si mismo Esta conciencia es particularmente fuerte cuando el duelo continua durante varios años y la persona siente que no acaba Las personas que buscan ayuda dirán cosas como No vuelvo a la vida Esto no acaba Necesito ayuda para ser yo otra vez Para algunos el tratamiento requerirá que afronten el hecho de que la persona se ha ido y no volverá nunca Para otros puede ser una ayuda para aclarar y afrontar los sentimientos confusos y

ambivalentes hacia el fallecido. Algunas personas con duelo crónico pueden anhelar una relación que nunca fue pero que podría haber sido (Paterson 1987). Para aquéllos que tenían una relación muy dependiente con el fallecido, parte de la intervención puede consistir en ayudarles a adaptarse a la ausencia del ser querido y a desarrollar sus propias habilidades. Los que tienen muchas necesidades de apego, la pérdida les hace sentir inseguros e incapaces de elaborarla solos. Éstos pueden necesitar apoyo y ánimo para establecer nuevas relaciones que les ayuden a cubrir alguna necesidad. Un duelo crónico o prolongado requiere que el terapeuta y el cliente evalúen que tareas no se han resuelto y por qué. Entonces la intervención se centra en la resolución de dichas tareas.

- c **Duelo Retrasado.** Los duelos retrasados se llaman a veces inhibidos, aplazados o pospuestos. En este caso, la persona puede haber tenido una reacción emocional en el momento de la pérdida, pero no fue suficiente. En un momento del futuro, la persona puede experimentar los síntomas del duelo respecto a una pérdida posterior e inmediata, pero la intensidad del duelo parece excesiva. Lo que ocurre aquí es que algún aspecto, sobre todo relacionado con la pobre o insuficiente expresión de sentimientos, no permitió una elaboración de manera adecuada en la pérdida original y se experimenta en el momento de la pérdida actual. La persona generalmente tiene la impresión clara de que la respuesta que experimenta es exagerada respecto a la situación. Los sentimientos

desbordantes que se tienen en el momento de la pérdida pueden hacer que la persona retrase su duelo. Esto se produce en casos de muerte por suicidio. Aunque parte del duelo se elabora entonces, no es suficiente en relación a la pérdida y puede aparecer más tarde. Las reacciones retrasadas no sólo se pueden desencadenar con una pérdida que está directamente relacionada con la experiencia vivida por el sujeto, sino también viendo a otra persona que ha sufrido una pérdida o viendo una película, la televisión o cualquier otro acontecimiento en un medio de comunicación en el que el tema principal sea la pérdida.

- d Duelo Exagerado** Esta tercera categoría diagnóstica tiene que ver con las respuestas exageradas en ellas la persona que experimenta la intensificación de un duelo normal se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa. A diferencia del enmascarado en que la persona no es consciente de que sus síntomas están relacionados con una pérdida, la persona con un duelo exagerado es consciente de que los síntomas y las conductas que está experimentando están relacionadas con la pérdida y busca terapia porque su experiencia es excesiva e incapacitante. Los duelos exagerados incluyen los trastornos psiquiátricos mayores que surgen después de una pérdida. La depresión clínica posterior a una pérdida es claro ejemplo. Sentirse deprimido y sin esperanza después de la pérdida de un ser significativo es un fenómeno normal y transitorio para muchas personas. Pero la mayoría de ellas no tienen una depresión clínica. Sin embargo, si esos sentimientos de

desesperanza se transforman en desesperación irracional y van acompañados por otras características depresivas pueden dar lugar a un diagnóstico de depresión clínica

La ansiedad es otra respuesta común después de una pérdida. Pero si se experimenta en forma de ataques de pánico o de conductas fóbicas yo la incluiría en el duelo exagerado

El abuso de alcohol u otras sustancias producido o exacerbado por una muerte se incluiría aquí en el duelo exagerado. Aquellos que tratan el alcoholismo deberían explorar la posibilidad de que haya duelos no resueltos como parte del proceso de recuperación

En la bibliografía se han presentado varios casos de manía después de una pérdida. Esto se suele producir en personas con una historia de trastornos afectivos. Si ocurre esto se debería considerar la posibilidad de que se trate de una forma de duelo complicado (Rosenman y Tayler 1986)

- **Duelo Enmascarado** Las reacciones de duelo enmascarado son interesantes en aquellos pacientes que experimentan síntomas y conductas que les causan dificultades pero no se dan cuenta ni reconocen que están relacionados con la pérdida. Desarrollan síntomas no afectivos o como dice Parkes síntomas que se ven como los equivalentes afectivos del duelo. Helene Deutsch en su artículo clásico sobre la ausencia de duelo comenta este fenómeno. Dice que la muerte de una persona querida produce algún tipo de expresión reactiva de

sentimientos y que su omisión es una variación del duelo normal al igual que el duelo de duración e intensidad excesivas. Después afirma que si una persona no expresa sentimientos de manera abierta este duelo no manifestado se expresará plenamente de alguna otra forma. Su sugerencia es que las personas pueden tener ausencia de duelo porque su ego no está suficientemente desarrollado para soportar el esfuerzo y usan algunos mecanismos de autoprotección narcisista para evitar el proceso. (Deutsch 1937) El duelo enmascarado o reprimido aparece de una de las dos maneras siguientes: o enmascarado como síntoma físico o a través de algún tipo de conducta aberrante o desadaptativa. Las personas que no se permiten a sí mismas experimentar el duelo directamente pueden desarrollar síntomas médicos similares a los que exhibía el fallecido o algún otro tipo de queja psicósomática. Por ejemplo el dolor puede ser un símbolo de duelo reprimido al igual que los trastornos somatoformes.

Los síntomas físicos pueden que no sean la única manifestación del duelo reprimido también se pueden enmascarar como un síntoma psiquiátrico como una depresión inexplicable hiperactividad u otra conducta desadaptativa. Algunos estudios sugieren que la conducta delincuente se puede ver como una adaptación equivalente en el caso de un duelo enmascarado (Shoor y Speed 1963).

3 Elaboración de Tipos Especiales de Pérdida

a Suicidio Casi 750 000 personas al año elaboran el suicidio de un miembro de la familia o de un ser querido y se quedan no sólo con la sensación de pérdida sino también con el legado de la vergüenza el miedo el rechazo el enfado y la culpa Edwin Shneidman considerado como el padre del movimiento de prevención de suicidios en Estados Unidos dijo

Creo que la persona que se suicida deposita todos secretos en el corazón del superviviente le sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y es más a obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel real o posible a la hora de haber precipitado el acto suicida o de haber fracasado en evitarlo Puede ser una carga muy pesada (Cain 1972 pág 10)

Richard McGee director de un gran centro de prevención de suicidios en Flonda cree que El suicidio es la crisis de duelo más difícil que ha de afrontar y resolver cualquier familia (Cain 1972 pág 11) El terapeuta en duelo debe darse cuenta de en qué aspectos esta experiencia es única para adaptar la intervención y que tenga el máximo de eficacia

De todos los sentimientos específicos que experimentan los supervivientes de un suicidio uno de los predominantes es la vergüenza En nuestra sociedad hay un estigma asociado al suicidio Los supervivientes son los que tienen que sufrir la vergüenza después de que

un miembro de la familia se quita la vida y su sensación de vergüenza puede estar influida por las reacciones de los otros. Esta presión emocional añadida no sólo afecta a las interacciones del superviviente con la sociedad sino que puede además alterar de manera espectacular las reacciones en la unidad familiar. Es frecuente que los miembros de la familia sepan quién conoce y quien no los hechos que rodean a la muerte y casi con un acuerdo tácito ajusten su conducta los unos a los otros basándose en este conocimiento.

La culpa es otro sentimiento normal entre los supervivientes de las víctimas del suicidio. Asumen la responsabilidad de la acción del fallecido y tienen el sentimiento corrosivo de que había algo que ellos debían o podían haber hecho para evitar la muerte. Este sentimiento de culpa es particularmente difícil cuando el suicidio ha ocurrido en el contexto de algún conflicto interpersonal entre el fallecido y el superviviente.

Como se mencionó antes, los sentimientos de culpa son normales después de cualquier tipo de muerte, pero en el caso del suicidio se pueden exacerbar seriamente. Debido a la intensidad de la culpa, las personas pueden sentir que necesitan ser castigadas y pueden interactuar con la sociedad de manera que a su vez dicha sociedad les castiga a ellos. Los muchachos que empiezan a ser delincuentes o que se involucran en el abuso de drogas o alcohol pueden ser ejemplos de esta conducta de autocastigo. Ya tengan éxito o no los supervivientes en

su necesidad de ser castigados los cambios en sus patrones de conducta son significativos y observables

A veces los supervivientes con esta necesidad van a los extremos para conseguir el castigo que creen merecer. La culpa se puede manifestar a veces culpando a otros. Algunas personas controlan su propia sensación de culpabilidad proyectándola en otros y culpándoles de la muerte. Encontrar a alguien a quien echar la culpa puede ser un intento de afirmar el control y de encontrar significado en una situación difícil de entender.

Las personas que sobreviven a una muerte por suicidio normalmente experimentan sentimientos intensos de enfado. Perciben la muerte como un rechazo cuando preguntan: ¿Por qué me hizo esto? La intensidad de su rabia les hace sentirse culpables.

El miedo es una respuesta normal después de un suicidio. El miedo primario normal entre los supervivientes de un suicidio es el de sus propios impulsos autodestructivos. Muchos pueden arrastrar con ellos una sensación de destino o predestinación. Esto se produce sobre todo en hijos de víctimas de suicidios.

Característicamente encuentran que a la vida le falta cierto entusiasmo. Tienden a sentirse más desarraigados que la mayoría, incluso en una sociedad notoriamente desarraigada. Están poco interesados por el pasado, insensiblemente seguros respecto al futuro, hasta este punto tan espeluznante – sospechan que probablemente ellos también se suicidarán (Cain 1972 pag 7)

En los casos en los que ha habido varios suicidios en una familia hay ansiedad respecto a la transmisión genética de la tendencia

El pensamiento distorsionado es otra característica que se encuentra entre los supervivientes de suicidios. Muchas veces los supervivientes especialmente los niños necesitan ver la conducta de la víctima no como un suicidio sino como una muerte accidental. Lo que se crea es un tipo de comunicación distorsionada en las familias. La familia crea un mito respecto a lo que realmente le ocurrió a la víctima y si alguien lo cuestiona llamando a la muerte por su nombre real cosecha el enfado de los demás que necesitan verla como una muerte accidental o cualquier otro tipo de fenómeno natural. Este tipo de pensamiento distorsionado puede resultar útil a corto plazo pero a la larga no es nada productivo.

Es importante recordar que las víctimas del suicidio muchas veces provienen de familias con problemas sociales difíciles como alcoholismo o abuso infantil. En este contexto existen ya sentimientos ambivalentes y el suicidio sirve para exacerbarlos.

- b El duelo por un hijo** La muerte de un hijo resulta muy difícil de elaborar para los padres y para la familia como sistema, máxime si el hijo formaba aún parte de la estructura familiar, no se había independizado, no había alcanzado todas sus posibilidades en el proceso de separación-individuación. Como la sabiduría de muchos pueblos afirma (sioux, yurok, inuk, etc.) es una muerte contra el sentido de la vida, que añade penas y dificultades especiales a toda elaboración de una muerte en la familia.

Por ejemplo los hijos supervivientes se convierten en el centro de temores y maniobras más o menos inconscientes orientadas (en "teoría ") a controlar su destino protegerles o a evitar que los padres sientan culpa Mucho más si los padres viven a los hermanos como sustitutos del hijo muerto A menudo eso implica dotar a los supervivientes de las cualidades y legados conscientes e inconscientes que se habían atribuido al hijo perdido y de las funciones y legados tendentes a combatir la culpa más o menos inconsciente de los padres Todo eso es mucho más pronunciado (y patógeno) si el nuevo hijo es el fruto directo de la frustración por la pérdida del anterior y se concibe en pleno duelo o en el duelo no elaborado el legado la herencia (inconsciente) que recibe el nuevo ser suele resultar demasiado pesada para sus frágiles espaldas

Es comun ver todo tipo de reacciones en los padres que han perdido un hijo la más frecuente quedar afectados por la culpa tristeza y depresión de por vida Pero también reacciones caracteriales de ambos progenitores reacciones disociales abuso de drogas duelos congelados duelos paranoides con atrincheramiento de la pareja ante un mundo hostil unos vecinos otros hijos hostiles etc Si se busca que otros hijos sustituyan la pérdida hemos visto cómo tras cuadros sindrómicos de somatizaciones y trastornos escolares aparecen problemas emocionales profundos y entre otros depresión y trastornos importantes en el proceso de separación / individuación Si los hijos sustitutos son pequeños puede que se consulte por conductas desorganizadas trastornos del sueño

síntomas psicóticos o autísticos tales como conductas estereotipadas dificultades para la relación maniobras autosensoriales etc

Pero no siempre es así Davies y otros (1986) encontraron que las familias sanas pueden afrontar incluso la pérdida de un hijo sin esperar que otro ocupe su lugar transformando el sistema o estructura sin buscar (inútil y patógenamente) su repetición Uno de los elementos mas relevantes de esto consiste en la capacidad de los padres para ayudar a los hermanos (el subsistema de hermanos) a poder comunicarse entre sí y con el sistema familiar como conjunto para poder expresar directamente la turbulencia afectiva y negociar entre todos las readaptaciones internas y externas que hay que realizar en la tercera y cuarta fases de un duelo tan doloroso

Otra reacción patogénica es la escisión o disociación extrema del suceso o de su significado afectivo Hay familias que reaccionan disociando o negando los hechos que rodearon a la pérdida Incluso en las sociedades tecnológicas actuales donde el numero de hermanos es menor y el numero de muertes en la infancia relativamente escaso se siguen encontrando niños que no sabían que uno de sus hermanos había muerto

El impacto del duelo por el muerto sobre la familia como grupo es de tal magnitud que no es raro que tras la pérdida los cuidados de los otros hijos se deterioren

En particular los cuidados afectivos Salvo excepciones habrá que prevenir esta tendencia proporcionando sustitutos o ayudas al progenitor más afectado Aquí es donde hay que plantearse con presteza la utilización de otros niveles para la contención Y para la contención tanto del subsistema de hermanos como de la familia como conjunto las redes pedagógicas y sociales son fundamentales en estas situaciones

Entre las tareas del tercer y cuarto momentos del duelo está establecer una narrativa interna y una narrativa externa (a la familia) que describa la muerte sus causas y sus consecuencias al menos de forma elemental En el establecimiento de esa narrativa de la muerte es necesaria tanto la comunicación entre los padres como la comunicación abierta entre el subsistema padre y el subsistema hijos es particularmente necesario que los padres ayuden a disipar culpas y atribuciones mágicas del pensamiento de los hijos sobre todo pequeños y para ello es necesario que el vínculo padres-hijos permanezca activo y narrativamente abierto en caso contrario los niños tienden a proporcionar y mantener sus propias creencias mágicas con respecto a la muerte del hermano Los niños suelen pasar momentos de incertidumbre e intensos sentimientos (culpa pena ambivalencia) intentando aclarar qué deben decir a los hermanos y qué deben hacer cuando la madre el padre otros hermanos otros familiares rompen a llorar se entristecen manifiestan la ira o la protesta Su reacción al menos al principio suele ser de temor pena y aislamiento

Es decir la muerte del hijo afecta la estructura del sistema familiar supone un gravísimo conflicto cambia la expresividad emocional y la cohesión altera toda la adaptabilidad del sistema cambia sus emociones y fantasías básicas y altera todos los elementos básicos de la dinámica familiar De ahí su grave impacto sobre la estructura o sistema de la familia como un todo

Y sin embargo las variables sociales y socioculturales pesan incluso aquí de forma importante Las madres de las favelas brasileñas según los estudios de Sheper Hughes (1997) manifiestan muy pocos o ningún síntoma del duelo por un recién nacido muerto o incluso por un hijo pequeño Los bebés como los novios o maridos son considerados reemplazables compromisos temporales Sólo pasado el primer año cuando la supervivencia parece ya plausible se inicia un proceso de antropomorfización del bebé mediante el cual pasa a ser tratado como un ser humano Es como si para las madres de las favelas la maternidad estuviera menos sujeta a condiciones biológicas etológicas y más a una decisión voluntaria independiente del acto de parir Mientras que las mujeres norteamericanas y en general europeas se halla expuestas desde sus primeros años a una auténtica inducción emocional con respecto a la maternidad las mujeres de las favelas con una historia infantil llena de duelos pérdidas abusos malos tratos y malvivir no buscan a quién se parece su retoño ni lo bautizan hasta muy tarde ni lo cogen en brazos durante la cuarentena En consecuencia la muerte

del bebé es ritualizada más como una bendición que como una pérdida. Llorar está proscrito en el entierro ya que las lágrimas de la madre al humedecer el camino hacia la felicidad de la otra vida pueden hacer resbalar al ángel bebé o puede que humedezcan sus delicadas alas y le impidan volar. No se celebra la muerte como en otras culturas sudamericanas pero no se llora.

En el primer mundo tras la muerte del hijo no sólo cambian las relaciones intrafamiliares sino que la relación de la familia con la red social queda profundamente alterada pues los amigos y allegados no saben cómo responder a la pérdida y a menudo cómo apoyar. A menudo se le añaden las variables que convierten el duelo en duelo complicado: muchos de estos hijos mueren en accidentes lo que aumenta las culpas y las dudas sobre la competencia de los padres tanto de estos mismos como ajenas. Con ello su capacidad de contención emocional se halla claramente disminuida es más frecuente la depresión sobre todo en las madres (Black 1998). Se han estudiado en las madres sentimientos de desesperanza pérdida de la autoestima y la confianza en ser buena madre dificultades financieras sentirse rechazada por los demás desarrollo disociado de su marido sentimiento de ser acusada por éste. La afectación ocho años después era mayor en las madres que habían perdido un hijo que en los viudos aunque éstos seguían pensando en el muerto y expresando culpa con más frecuencia (Lundin 1984). El sistema entero se ha hecho más vulnerable y

particularmente el subsistema parental. De ahí los esfuerzos que realizan algunos progenitores para endurecerse, cual si tuvieran como objetivo asegurarse de que nada les volverá a afectar de forma intensa.

Además, cada progenitor y cada miembro de la familia ha sufrido una pérdida importante, pero cada uno tiende a vivirla de forma particular. Aunque a medio y largo plazo tiendan a imponerse los modos de vivenciarlas familiares, en función de los modelos de organización familiar que se ha llamado reparatorio. En todo caso, lo habitual es que las tensiones en el subsistema marital aumenten. Y aunque eso ha llevado a frecuentes discusiones acerca del potencial de ese suceso para el divorcio futuro, debemos recordar que en todo caso se trata de un factor de riesgo, es decir, que en unas ocasiones alimentará conductas tales como la separación y el divorcio, y en otros casos aumentará la estabilidad o incluso simbiosis y fusionalidad de la familia. Lo importante no es tanto el resultado, sino las fuerzas del sistema que llevan a ese resultado, en especial si son creativas y con potencial de futuro para los miembros, o bien limitadoras, aislantes y desintegradoras. Rando (1993) piensa, por ejemplo, que la mayoría de los divorcios que ocurren tras la muerte de un hijo se dan en matrimonios previamente alterados, ya que en ese sentido, un duelo tan grave, un sufrimiento tan intenso puede ayudar a decidirse a un progenitor en dudas o ambivalente. Sin embargo, hasta cinco años después de la muerte, estas familias se muestran menos adaptativas en el cumplimiento de las actividades

normales la planificación del futuro el reconocimiento y aceptación de las necesidades de sus miembros la admisión de las necesidades de soporte emocional por parte de amigos y allegados etc

Los padres por ejemplo suelen quedar sorprendidos por sus propias necesidades y respuestas cuando muere un hijo Elaborar esa pérdida es aun más difícil si están separados o divorciados eso puede llevar a culpas o proyecciones de la culpa extremas con las consiguientes reacciones y organizaciones melancólicas o paranoides expresando desde comportamientos basados en la empatía y la contención mutua hasta comportamientos basados en la lucha extrema por el poder y el control Sólo que ya no es posible el control de esa vida ni de la serie de experiencias que se han perdido con su pérdida Una buena parte de mi vida se ha perdido con él/ella

Se trata de un tipo de pérdida en el cual las dos primeras fases o momentos y todas las tareas de la elaboración de los procesos de duelo resultan especialmente difíciles y dolorosas Es habitual que padres y hermanos por un lado sepan que el hijo/hermano se ha ido para siempre y por otro no quieran creerlo u obren como si no lo creyeran Es una de las fuentes de la tendencia a "congelar" el duelo la pérdida brusca de un hijo con su impacto global sobre la familia es una de las situaciones que más se presta a ese congelamiento incluso basado en elementos delirantes o casi delirantes Ante el sufrimiento y lo irreparable de la pérdida tanto interna como externa la colusión dentro del sistema

familiar puede ser tan grande que se comparten elementos delirantes y pseudoalucinaciones e incluso auténticos delirios o delusiones compartidas

El subsistema de los hermanos queda gravemente afectado por una pérdida de estas características lo cual puede angustiar al progenitor más involucrado al sentirse criticado directa o indirectamente porque solo piensas en él/ sólo le atiendes a él/ no haces más que ir al hospital/ cementerio/ psiquiatra etc

Otro afecto prácticamente seguro es la culpa consciente e inconsciente por la muerte del hermano tan intensa que si no se ayuda en su elaboración y en su normalización necesita ser proyectada. Los padres son las figuras habituales de tales proyecciones de los niños por lo cual sufrirán ataques y tensiones suplementarias en un momento en el cual se hallan especialmente frágiles afectados y desconvenidos. Por otra parte los hermanos de los niños muertos o agonizantes poseen cerca del doble de riesgo de padecer trastornos psicológicos aunque el sistema familiar reacciona de forma diferente según sus características demográficas su nivel previo de funcionalidad o adaptabilidad y las características de la pérdida. En consecuencia la mayoría de los hermanos de un niño muerto no tiene por qué padecer trastornos psicopatológicos aunque sí que habrán sufrido un duelo doloroso intenso prolongado y complicado

C VARIABLES QUE AFECTAN LA ELABORACIÓN DEL DUELO

Si los duelos y procesos de duelo son fenómenos ubicuos en las relaciones sociedades y culturas humanas por un lado y si están sujetos a la idiosincrasia tanto de los individuos como de los grupos micro y macrosociales así como a toda una amplia serie de circunstancias externas se entiende que una clasificación de las variables que afectan a la elaboración del duelo puede ser compleja. Desde el mismo Freud (1917) se han considerado diversos grupos de variables que afectan a dicha elaboración. Tizón (2004) logró a lo largo de su práctica clínica de investigación y docencia sobre este tema sedimentar la clasificación que se describe a continuación.

1 Variables vinculadas fundamentalmente al objeto

La tabla 1 (ver índice de tablas) muestra los factores generales que según los estudios revisados por el autor afectan el curso de los procesos de duelo. Pero para enfocarla hay que destacar dos elementos básicos: primero que desde el punto de vista de la Psicología basada en la relación o Psicología interpersonal o intersubjetiva todas las variables son mediadas por la personalidad y las experiencias anteriores del sujeto en duelo. Segundo que siempre hemos de considerar no tan sólo los factores adversos que dificultan la elaboración del duelo sino también los factores protectores como la contención o la resiliencia. Recientemente Mangham (1995) ha hecho una amplia revisión

de los estudios empíricos sobre los factores de resiliencia revisión que puede ser utilizada perfectamente en la aproximación al duelo Por ejemplo es conocido el efecto favorable que supone para la elaboración del duelo la muerte en el domicilio y no en la institución De cualquier manera hay pérdidas que suelen desencadenar en la mayoría de los miembros de nuestra sociedad procesos de duelo de gran complejidad y extremadamente dolorosos y afectadores como por ejemplo la pérdida de la madre del padre o de familiares próximos Por eso el proceso de adaptación que el duelo supone puede ser de gran agudeza y complejidad incluso del tipo clínico que el DSM IV ha dado en llamar trastorno por estrés postraumático (agudo o crónico) Pero estas mismas pérdidas suelen afectar especialmente y por lo tanto son más difíciles de elaborar cuando las muertes se producen contra la secuencia natural de la vida en seres muy jóvenes en los hijos antes que los padres etc El duelo queda entonces colocado ante un duelo de muy difícil y dolorosa elaboración que posiblemente sólo con la creatividad y la reparación simbólicas sublimadas podrá llegar a soportar

La pérdida de hijos o familiares en la infancia en la primera infancia o en el embarazo avanzado (y más si es súbita la muerte súbita) tiende a dificultar los procesos de duelo de forma importante los prolonga favorece autorreproches la culpa las autoacusaciones y acusaciones la pérdida de la autoestima Favorece también la desviación patológica en especial depresiva del duelo Como recuerda Parkes (1998) la pérdida que más frecuentemente da lugar a dificultades psicológicas es la pérdida del mando es el tipo de duelos

que más a menudo llevan a requerir ayuda profana o profesional y la situación más frecuente entre las pacientes psiquiátricas de edad media. Sin embargo, la muerte o separación de los hijos es la que determina puntuaciones más altas en escalas de evaluación tales como el Texas Inventory of Grief.

Sólo a partir del siglo XX la pérdida de un hijo se ha convertido en un suceso raro, al menos en los países del primer mundo. En el segundo, tercero y cuarto suele ser un hecho todavía sumamente frecuente. Los padres aun esperan, como durante siglos, que perderán a más de la mitad de los hijos en la infancia, lo cual obliga a estar preparado para tal pérdida. Pero esa preparación en realidad siempre difícil, queda enormemente dificultada por la situación actual de muchos países del tercer mundo, y sobre todo los africanos, en los cuales la esperanza de vida en la infancia ha disminuido con respecto a los siglos anteriores (entre otros muchos motivos, por causa del sida).

Por otro lado, en la medida en la cual se tiene menos hijos, los lazos de la madre con cada uno son mayores y más estrechos que en el pasado. Como Parkes recuerda, no puede ser lo mismo perder la décima parte de la prole que perder la mitad (el caso de las familias con dos hijos en las que uno de ellos perece). Las expectativas de pérdida son otro importante factor. En una sociedad en la que mueren pocos niños (las sociedades del primer mundo) es mucho más difícil estar mínimamente preparado y tolerar la muerte de un hijo.

Comparativamente, la muerte de un progenitor durante la vida adulta causa menos problemas, aunque sigue siendo uno de los duelos fundamentales de la vida y, por supuesto, uno de los que poseen repercusiones más

transformadoras sobre la personalidad del deudo. Por eso sigue siendo la segunda de las causas más comunes para consultar a organizaciones como Cruse cuyo presidente fue Colin Murray Parkes o consultas psiquiátricas especializadas como la que poseía en el Saint Joseph's Hospice de Londres. Casi la mitad de las consultantes de este servicio que habían perdido a un progenitor se sentían muy dependientes de él y pensaban que su pérdida les había traído problemas conyugales (Parkes 1998). La muerte de los padres es un hallazgo retrospectivo hallado en los pacientes deprimidos y alcohólicos de ambos sexos con una frecuencia significativamente mayor que en la población general. En general poseer una pareja estable significa un factor protector en el duelo por la muerte de un progenitor, en especial si la relación es suficientemente buena y estable.

Si bien la muerte de un hermano en la edad media de la vida posee un considerable impacto en la vida del deudo (Parkes 1998), la muerte de un hermano durante la vejez es una pérdida muy importante para la mayoría de la gente. Más aun si el muerto era mellizo o incluso gemelo monocigótico. Cuando Segal y Bouchard (1993) estudiaron la gravedad de la aflicción, la pena y la turbulencia afectiva en 49 adultos tras la muerte de su hermano mellizo, encontraron una intensidad de los síntomas de los procesos de duelo que superaba a la de los duelos de las madres, padres, abuelos y abuelas que habían perdido un niño. Es un argumento importante para defender la hipótesis de que la pena y el duelo son mecanismos adaptativos darwinianos evolutivos.

En cuanto al género está claro que como en el resto de las consultas psicológicas y psiquiátricas las mujeres consultan más que los hombres por duelos ésa es la experiencia clara de todas las asociaciones dedicadas al tema que poseen una cierta solera e implantación tales como Cruse Bereavement Care The Samaritans Vivre son Deuil y la Fundación Piero Rafael Martínez De La Hoz en Panamá Además las mujeres parece que tienden a llorar más y más tiempo y a consumir más a menudo tranquilizantes que los hombres En el Harvard Study que se centro en 49 viudas y 19 viudos de menos de 45 años en Boston las mujeres parecían mostrar más desajustes en las primeras fases del duelo pero su ajuste social y psicológico al cabo de años era mejor que el de los viudos Si se tienen en cuenta las diferencias en las capacidades de elaboración entre hombres y mujeres casados (Parkes 1991) parece que en realidad esas manifestaciones aparatosas no significan un mayor desajuste en las mujeres que en los hombres ni siquiera en los primeros momentos Sin embargo no hay que olvidar que en el mismo estudio cuatro años después los hombres parecían haberse recuperado mejor que las mujeres Eso sugiere que parte de las diferencias pueden yacer en la dificultad masculina de expresar y comunicar sentimientos más que en diferencias adaptativas genéricas Pero está bien establecido que los hombres mueren más rápido a menudo por crisis cardíacas que sus esposas tras la pérdida de la pareja (Parkes 1998) lo cual hace pensar en los efectos psicosomáticos de la disociación (Ideoafectiva conductual psicobiológica) Cuando se pierde un hijo el miembro de la pareja que tiende a

consultar es la mujer a menudo las madres penan sobre todo por su hijo muerto mientras que el mando lo hace por su mujer

2 Variables vinculadas fundamentalmente al sujeto

En cuanto a las características referentes al sujeto hay que recordar que desde luego la infancia y la primera infancia así como la tercera y cuarta edad hacen más compleja la elaboración de los duelos posiblemente por la menor capacidad de los sistemas de contención En otras edades esos *sistemas o niveles para la contención* pueden actuar como recipientes contenedores dentro de cuyas paredes de acogida es posible vivir las intensas emociones y vivencias propias de todo duelo grave pena ira desesperación protesta y resentimiento euforia tristeza Al contrario los sistemas o niveles para la contención intrapersonales (Tizón y otros 1997 2000) se hallan menos desarrollados e integrados en la infancia —en especial el mundo interno y las capacidades yoicas - En la senescencia se afectan las capacidades yoicas pero también la contención a través del cuerpo la familia y las redes no profesionalizadas o red social Todo ello se halla disminuido por los cambios biopsicosociales que la propia senescencia lleva aparejados hay menos corteza frontal desde luego pero también se mueren los amigos los allegados y la familia enferma el cuerpo la integración social se tambalea En definitiva todo duelo por la muerte de un allegado en la tercera edad y en la senescencia implica un conjunto de duelos difíciles de elaborar La muerte de la pareja en

esta edad supone pérdidas de calidad de vida porque va acompañada de numerosas pérdidas secundarias a menudo del hogar de ingresos de amigos de relaciones etc Repetidamente han aparecido datos que muestran cómo hay un aumento en la mortalidad en la morbilidad e importantes alteraciones en la ingesta de drogas en los viudos en duelo

Pero la expresión del duelo ya es diferente según el género en los niños y niñas de nuestra cultura si bien las expresiones generales del duelo desde los dos años y medio difieren poco con respecto a las de los mayores Los niños más que las niñas tienden a expresar su pérdida de modos agresivos mientras que las niñas y chicas tienden a hacerse cuidadoras compulsivas Hay además otra tendencia delicada en los duelos en esta edad se tiende a idealizar al padre perdido y desvalorizar al superviviente Desgraciadamente como recuerda Parkes (1998) a menudo el progenitor sobreviviente cae en el mismo proceso de idealización (del muerto) y denigra al niño sobreviviente idealizando al muerto Los niños mayores tienden a convertirse en cuidadores de los más pequeños o incluso de los adultos de la familia adoptando una actitud de inversión de rol en cuyas consecuencias limitadoras de la evolución psicológica y creadoras de la psicopatología ya insistía Erikson (1963)

Los estudios que se refieren a los duelos durante la adultez son contradictorios Unos parecen apuntar a que cuanto más joven es el adulto mejor elaboración del duelo mientras otros parecen apuntar lo contrario

A menudo las dificultades de separarse de elaborar la separación las dificultades de separatividad son vistas como indicaciones de amor de

vinculación de solidad. Pero ya Bowlby a partir de sus primeras obras (1951) había insistido en que una relación de amor bien establecida es la que permite y tolera la separación. Entre otras cosas porque la buena relación es fuente de funciones emocionales tales como la esperanza (de la re-unión con lo perdido) y la confianza (de que el otro no nos abandonará). Ese es el apego seguro o el vínculo seguro. De ahí que no deban confundirse esas manifestaciones de dificultades de separación, dificultades en la separatividad y menos de ansiedades excesivas ante la separación con un vínculo seguro que es uno de los factores fundamentales para una adecuada elaboración del duelo.

En el caso de los duelos en los niños, la personalidad y la relación con el progenitor sobreviviente o con el que se quedan a convivir si se trata de rupturas de pareja es fundamental para la elaboración del duelo del infante. El pequeño necesita de un adulto próximo y tolerante para con su duelo tanto por las dificultades materiales que aparecen como por las necesidades afectivas. Necesita un alguien a quien comunicar su sufrimiento y a menudo un alguien que le autorice a sentir lo que está sintiendo. Si el niño se queda con la madre tenderá a identificarse con su dolor y a expresarlo más abiertamente. Si se queda con el padre la tendencia habitual es mostrarse más controlado y distante. El pesar será menos espectacular o visible.

Como los vínculos inseguros, ansiosos o ambivalentes están en la base de buena parte de la psicopatología, no es de extrañar que una historia de trastorno mental previo sea un factor de riesgo demostrado para la evolución del duelo, máxime si tenemos en cuenta el recorrido circular que postulo para los procesos

de duelo cada duelo no elaborado favorece la no elaboración de los no siguientes la acumulación de duelos no elaborados favorece la psicopatología Esta a su vez es uno de los factores de riesgo de la elaboración del duelo con lo cual pueden cerrarse círculos de insania que marginan las posibilidades adaptativas transformadoras e incluso creativas de los duelos habituales que gran parte de la especie tiene que elaborar a lo largo de la vida

El duelo más consultado en occidente es el duelo por la pareja Como decíamos consultan sobre todo las mujeres tanto personalmente como por teléfono en el caso de que exista esa posibilidad En la tercera edad y la senescencia en principio cuanto mayor es la edad del viudo mayor es la dificultad para elaborar el duelo Haya que recordar que en general las familias y parejas se mantienen gracias a los sistemas de asistencia mutua gracias al predominio como sistema de las funciones emocionales introyectivas sobre las funciones emocionales proyectivas Los procesos de identificación juegan en esa urdimbre afectiva un papel fundamental Por eso la muerte de una pareja con la que se ha convivido largo tiempo y/o en circunstancias muy variadas suele llevar aparejada una auténtica pérdida del self del sí mismo que no siempre hay capacidad y oportunidad para reestructurar

En el London Study de Parkes y otros (1998) se encontró que las viudas mostraban tres patrones en la expresión de su duelo Las del primer grupo se mostraron muy alteradas en la primera semana pero a los tres meses solo estaban moderadamente alteradas El segundo grupo incluye las viudas que mostraron inicialmente una turbulencia afectiva moderada en la primera semana

unos trastornos más severos la siguiente pero que su aflicción pasó rápidamente y se recuperaron. Las viudas del grupo siguiente no mostraron ninguna emoción la primera semana y al parecer tuvieron éxito en evitar el duelo. Pero a la cuarta semana y a los tres meses estaban moderadamente alteradas (más que los otros dos grupos) no habían logrado evitar los procesos de duelo sino posponerlos. Tras el tercer mes tendían a mejorar pero con el aniversario se mostraban más trastornadas que los otros dos grupos. Este grupo se quejaba a lo largo de todo el proceso. Insistía más en las quejas físicas: somatomorfias, cefaleas, insomnio, palpitaciones, dolores, molestias corporales diversas y en tres casos de alopecia. Ese grupo fue estudiado desde diversas perspectivas por Parkes y colaboradores y uno de los datos más llamativos es que encontraron una alta proporción de historia de trastorno psiquiátrico en su vida anterior.

En el mismo sentido hay algunas evidencias acerca de la hipótesis de Bowlby (1983) de que las relaciones parentales que estimulan psicopatología contribuyen asimismo a las elaboraciones del duelo alteradas: por ejemplo, los padres que inducen la indefensión aprendida (o lo que desde el punto de vista psicoanalítico puede llamarse relación melancólica, Tizón 1997, 2001) los que transmiten el apego ansioso que está en la base de numerosos desarrollos fóbicos y agorafóbicos, los que transmiten la relación negadora y esquizoide. Esas formas de relación (y por lo tanto de separación) por mucho que puedan ser enormemente populares (duelos y relaciones negadoras, disociadores o esquizoides) resultan en realidad dificultadoras del avance de los procesos de

duelo de la elaboración del duelo en especial entre determinadas poblaciones grupos culturales o sectores sociales

La clínica cotidiana nos muestra que algunos de los trastornos de personalidad señalados en las clasificaciones habituales tienden a dificultar la elaboración de los duelos dicha elaboración sufre especiales tendencias a la cronificación y a la expresión somatomorfa en el caso por ejemplo de los trastornos de personalidad por dependencia por evitación pasivo – agresivos Da lugar a cuadros aparatosos en los trastornos histrónicos y narcisistas Por ultimo la elaboracion del duelo resulta difícil y de resultados impredecibles en los casos de personalidades esquizoides esquizotípicas paranoides etc

La ambivalencia como rasgo de personalidad es una de las características más estudiadas en relación con la elaboración del duelo En el Harvard Study los viudos y viudas que declararon más campos de conflicto en su matrimonio tendían a presentar peores resultados evolutivos que los que no declaraban conflictos o lo hacían en grado menor La clínica nos muestra a menudo que reacciones de intensa ambivalencia o de conflicto abierto con una pareja que muere pueden dar lugar a duelos aparentemente normales o aparentemente alterados inicialmente Sin embargo con frecuencia a las pocas semanas dan paso a cuadros crónicos de ansiedad duelo crónico depresión dependencia de sustancias dependencia social etc (Parkes 1998)

Algo similar ocurre con la autoestima En el estudio de Salt Lake City Luna y otros (1985) encontraron que la autoestima baja era la unica variable que a las tres semanas de la pérdida predecía dificultades de elaboración significativas

dos años después. Y es fácil de comprender, pues la esencia de la autoestima es la confianza en las propias capacidades para controlar el mundo, el locus de control interno. Difícilmente pueden soportarse las turbulencias internas y las adaptaciones internas y externas necesarias de un duelo importante si la persona siente tan poca confianza en sus propias capacidades de organización (interna y externa). Por eso, no es de extrañar que Stroebe y otros (1993) encontraran que la combinación de muerte inesperada y escasa confianza en los controles internos eran variables asociadas con un aumento del riesgo de depresión y síntomas somáticos en el grupo de sesenta viudas alemanas que estudiaron.

3 Variables vinculadas fundamentalmente con el cómo de la pérdida

Las muertes inesperadas son una causa de complicaciones tal como ya mostró el Harvard Study con los viudos y viudas de Boston. La duración breve de la enfermedad terminal ya predice una mala evolución al año de la pérdida, una situación en la que coinciden numerosos estudios, tanto referidos a viudos como a otros familiares. A igualdad de circunstancias, lo rápido e inesperado de la muerte es un factor de riesgo para la elaboración (Parkes, 1998). Eso todavía es más evidente en el caso de las muertes perinatales y en el caso de los padres de niños muertos en accidentes de tráfico. El problema es que no puede prepararse el duelo, algo que incluso en los padres de niños muertos por cáncer resulta un factor protector fundamental, practicado cada día en las unidades de cuidados paliativos francesas y los *hospice* británico. Las muertes rápidas e

inesperadas segun el Harvard Study incrementan las reacciones de obnubilación confusión e incredulidad iniciales que tienden a asociarse a retraimiento y a sensaciones ilusiones y alucinaciones en las cuales el deudo sigue viendo (oyendo sintiendo notando) al fallecido Esa reviviscencia rememoración frecuente casi continuada puede favorecer el que se den las circunstancias para manifestarse un cuadro de trastorno por estrés postraumático Se trata de una circunstancia que se pone claramente de manifiesto en las revisiones tanto de Shooter (1997) como del propio Parkes (1998) o de Bacqué y Hanus (2000) mayores ratios de tal síndrome en el caso de muertes inesperadas que en otros tipos de duelos

Las heridas físicas y las pérdidas de miembros pueden favorecer un desplazamiento de la angustia sobre esas zonas corporales Y pensemos que son situaciones sumamente frecuentes hoy en día tanto por los heridos en los accidentes de tráfico una situación de alta incidencia en especial entre los jóvenes del primer mundo como por los centenares de miles de niños y jóvenes del tercer mundo que viven sin una pierna que les fue arrancada por la explosión de una mina antipersona fabricada en el primer o el segundo mundos El familiar puede quedar tan “fijado en esa pérdida corporal más fuertemente incluso que el niño —en especial si éste dispone de una prótesis adecuada y se le enseña tempranamente a usarla que pasa a convertirse en un estorbo para la elaboración del duelo Sobre todo a través de actitudes de sobreprotección que impiden atender de forma normalizada tener en cuenta las capacidades que han persistido o bien a través de relaciones evitativas que

impiden atender a las limitaciones incluso con momentos de negación maníaca en los cuales incluso se intenta hacer y actuar como si la pérdida no existiera

Una categoría de pérdidas que crea problemas especiales ha sido estudiada por Doka (1989) Se trata de lo que podríamos llamar las penas indeclarables o inconfesables es decir las pérdidas que no pueden ser reconocidas abiertamente a nivel social y por lo tanto no pueden ser socialmente validadas y veladas El ejemplo obvio que reverdeció todo este tema son las primeras muertes por sida pero hay muchas otras Por ejemplo los duelos por muerte o pérdida del compañero/a de relaciones clandestinas (relaciones extraconyugales homosexuales de militancia política clandestina etc) los duelos por pérdidas no reconocidas (muertes perinatales abortos adopciones pérdidas personales en las demencias) también las penas no declarables (niños a los que se considera demasiado jóvenes como para hacer el duelo afásicos personas en coma prolongado etc)

Los duelos repetidos anteriores fragilizan la capacidad del individuo para afrontar tanto la turbulencia afectiva como las necesarias readaptaciones posteriores internas y externas Parece como si cada individuo poseyera lo que Hanus (2000) llama una limitada aptitud para el duelo o capacidad de duelo determinada para toda la vida y adquirida a lo largo de ella pero sobre todo en la primera infancia la acumulación de pérdidas parece que agota el capital para afrontarlas

Las vías y formas de recibir la información pueden tener el mismo efecto informaciones proporcionadas bruscamente por parte de extraños o seres

vividos como persecutorios por seres o en lugares ante los que no se pueden expresar emociones etc En el mismo sentido es sumamente relevante la repercusión que posee sobre los procesos de duelo del deudo el hecho de haber sido cuidador del que ha muerto o haber mantenido con él lazos de dependencia (social o psicológica) y más aun lazos simbióticos (o de confusión sujeto – objeto)

El cómo de la comunicación de la pérdida posee una gran importancia para la elaboración posterior sobre todo en el caso de pérdidas complejas catastróficas inesperadas A menudo en las vivencias de intrusión e inundación mental de las personas en duelo aparece una y otra vez el momento de la comunicación un motivo más para cuidarla por parte del personal asistencial

En otras ocasiones lo que se recuerdan son las palabras que pronunció el anunciante el interlocutor al que a menudo se le dirigen todo tipo de afectos descontrolados tanto en la ocasión como en los recuerdos y los sueños posteriores En general las vías y formas de comunicar una muerte o fallecimiento poseen mucha más relevancia sobre la elaboración del duelo de lo que suele pensarse En otro ámbito es de conocimiento común que las condiciones de vida precarias dificultan la elaboración de los duelos y son una de las causas más frecuentes de la salida somatizada psicósomática y/o paranoide de éstos aspecto que por ejemplo nosotros mismos estudiamos en el caso del duelo migratorio (Tizón 1983) Si las circunstancias económicas y de alojamiento hacen la vida más difícil o si no existen oportunidades para la

reorganización de la vida social y económica tras la pérdida el duelo puede quedar enormemente dificultado. La concurrencia de enfermedades o intervenciones importantes, la mala salud crónica, la hospitalización coincidente, la deprivación relacional, afectiva, sensorial o alimentaria son circunstancias desfavorecedoras de una buena evolución o elaboración del duelo y los procesos de duelo.

El acrónimo NASH (natural, accidental, suicidio, homicidio) es utilizado a menudo por los autores anglosajones para proporcionar una idea de la gravedad y complicaciones del duelo. Cuanto más nos acerquemos al último término (muerte por homicidio) más difícil será, en principio, el trabajo de elaboración de los deudos y más posibilidades existen de duelos complicados, trastornos por estrés postraumático o duelos patológicos. Desde luego, un dato hoy incontrovertible es la repercusión que la muerte por suicidio tiene entre los familiares allegados, de forma tal que está muy estudiada la mayor incidencia de suicidio entre ellos en el futuro (hasta siete veces más incidencia si el muerto era un familiar directo). La culpa, el narcisismo herido, la vergüenza, los sentimientos de persecución juegan aquí un papel fundamental.

Las familias de los suicidas a menudo se avergüenzan de sí mismas y en muchas culturas son estigmatizadas socialmente. Las depresiones postpérdida más severas, según el estudio de Cleiren (1992), se dan en el siguiente orden: en los duelos por muertes subitas, en accidentes de tráfico, en deudos que lloran un suicidio y en los deudos de un difunto tras enfermedad terminal de larga evolución. Además, los hijos, como recuerda Bowlby (1983), suelen ser mal

informados marginados reducidos al silencio y a la escisión Mucha gente puede ver en ellos rasgos o estigmas del desequilibrio mental del progenitor suicida y en muchas sociedades se siente que son candidatos a seguir su misma suerte (lo cual además coincide con los resultados de los estudios empíricos)

Hay que recordar que tienden a complicar el duelo las situaciones en las cuales no se llega a ver al muerto (variable cuya influencia difiere en la infancia) y desde luego cuando no se llega a poseer seguridad de su muerte como por ejemplo en las desapariciones

Las mutilaciones del cadáver o del moribundo tienden a aumentar las vivencias de inundación persecutoria Las muertes por violencia homicidio o asesinato el suicidio de un allegado las catástrofes civiles o militares han sido un tema topico de numerosos estudios

En gran parte de los casos la ira la culpa y la sospecha aumentadas fácilmente comprensibles complican los procesos de duelo personales puestos en marcha por pérdidas inesperadas bruscas y a menudo horrorosas en sí mismas Los procedimientos legales y civiles tanto por el monto de ansiedades persecutorias que implican como por su lentitud o los horrores a los cuales dan lugar (sin olvidar que nunca una pena puede devolvernos al ser perdido) acaban de facilitar las complicaciones y de inducir el desarrollo del síndrome psicotraumático Para colmo los episodios de ira y de descontrol de impulsos típicos de estos casos alienan al sujeto de la relación con su familia allegados y asociaciones profanas de la red social

Los efectos de la privación biopsicosocial extrema son evidentes en los estudios acerca del holocausto nazi y los campos de exterminio la muerte de amigos o compañeros podía vivirse con sólo ligeras muestras de dolor o simpatía mientras que eran posibles peleas descontrol de impulsos o escenas de ira ante pequeñas desconsideraciones o pérdidas En tales circunstancias de encarcelamiento injusto desesperanza desconfianza segregación sexual falta de privacidad trabajos forzados mala alimentación desnutrición ansiedades persecutorias muerte y sadismo omnipresentes en tales situaciones inhumanas la pena la tristeza la depresión podían ser muy poco adaptativas favorecer muy poco la supervivencia Tal vez por eso tras la liberación un porcentaje de los supervivientes padecieron reacciones depresivas severas en parte explicables por los sentimientos de culpa por haber sobrevivido a familiares allegados amigos conocidos La vida cotidiana las culpas la vergüenza la represión la desmemoria el silencio de los protagonistas de tal drama intenta hoy ser recuperada mediante nuevos estudios y en meritos esfuerzos sociales dando por una vez la palabra también a los verdugos y guardianes Porque los campos de exterminio fueron el experimento más grande y más extremo sobre la pérdida el duelo y las capacidades de resiliencia y adaptación en la especie humana que ni la mente científica más enferma hubiera podido perfeccionar Bruno Bettelheim resultó un paradigma de tales supervivientes el resto de su vida lo dedicó al estudio y cuidado de una de las patologías humanas más oscuras desconocidas desesperanzadoras el autismo hasta que él mismo como otros muchos

supervivientes de campos de exterminio habían hecho antes puso fin a su vida asfixiándose intencionalmente en una bolsa de plástico

Los supervivientes que han podido encontrar un equilibrio personal entre el recordar y la represión-escisión suelen estar mejor adaptados que los que continúan preocupados por el tema en sueños y vigilia. Esto es una muestra más del proceso dual que implica el duelo: olvidar recordando como una expresión adecuada para las últimas fases o momentos del duelo.

Si un grupo humano se vacía por la multiplicación de muertos y desaparecidos a menudo los sujetos tienen la impresión de perder su yo su identidad. Pero en realidad ¿qué es lo que les diferencia de los que murieron? Las mujeres violadas sienten a menudo esa pérdida.

Los sobrevivientes de campos de exterminio, catástrofes naturales o civiles, guerras y batallas especialmente cruentas tienen una tendencia a crear asociaciones, celebrar encuentros, montar conmemoraciones, etc. Son ritos sociales para la elaboración de esos duelos concretos que se unen a los ritos o lutos habituales en cada sociedad. Los ritos comunitarios bien integrados en la sociedad y en la personalidad del deudo son un importante factor protector del duelo. En las situaciones de catástrofe los ritos religiosos, militares y civiles son fundamentales para limitar las complicaciones del duelo colectivo.

Y es que el medio puede complicar el trabajo del duelo impidiendo la expresión emocional y transfiriendo al deudo la ira o la culpa de la comunidad. Un niño al que no se le dice nada o casi nada de una muerte en su familia, un niño al que no se le deja participar en ninguno de los ritos funerarios o en el

dolor familiar es un niño colocado en una situación de riesgo artificial y artificiosa. El medio puede ayudar considerablemente facilitando con delicadeza el recuerdo y sobre todo tolerando las alternantes expresiones del duelo en especial en los momentos de turbulencia afectiva y de las primeras (e indecisas) readaptaciones. De ahí la importancia de los grupos de apoyo, grupos de voluntariado, asociaciones sobre el tema. Sobre todo si la familia y amigos no son suficientes o no se bastan para realizar ese trabajo. Sin olvidar que un momento clave que hay que atender cuidadosamente es el que se da en las reacciones durante los aniversarios.

4- Otras variables que influyen en el desarrollo del duelo

Las concepciones acerca del duelo y de la propia participación en la pérdida son asimismo elementos fundamentales y predictores de la elaboración psicopatológica de la misma. Hemos de pensar en este ámbito en la vivencia de la culpa persecutoria y sostenida, el sentimiento de haber sido causante de la pérdida o de haber contribuido a ella, con o sin culpa, la rigidez de las concepciones acerca de cómo deberían ayudarnos, ayudar al sujeto en duelo (*No debo llorar* / *No debo distraerme porque esto ha sido muy grave* / *Mis hijos no tienen que darse cuenta* / *Nadie me puede ayudar con esto*) las rigideces de personalidad o creencias del sujeto, etc.

Numerosos estudios insisten en resultados similares. Los deudos que sufrían un deterioro mayor en su salud global eran aquellos que habían sentido

que no podían hablar de la pérdida y del duelo ante sus familiares y allegados. El resultado es que los procesos de duelo y el duelo entero se dan en una situación de soledad, aislamiento, dudas y a veces sentimientos de miseria y autodesprecio que no hacen sino deteriorar aun más la autoestima y facilitar el derrumbe.

Los indios navajo norteamericanos parece que tenían por costumbre suprimir la muerte y la pena de su comunicación y hasta eliminaban los nombres de los muertos del lenguaje. Sin embargo, casi un tercio de los navajos que acuden a los dispensarios de salud mental padecen una historia de muerte de un allegado en el último año. Los resultados inesperadamente buenos de la psicoterapia en estos casos se deben a que muchas veces basta con ayudar a expresar lo hasta entonces reprimido, silenciado o negado, porque todavía no está escindido, disociando con ello parte de la personalidad y contribuyendo así a la psicopatología.

La red social, el contacto con grupos sociales de amigos, vecinos, grupos recreativos, deportivos, folclóricos, culturales, etc., se muestra en los estudios como una clara ayuda para la elaboración del duelo. Es el quinto nivel para la contención: las redes no profesionales. Algo parecido ocurre con los factores económicos que son un hecho de fundamental importancia en las comunidades pobres. Un duelo con estrecheces económicas es un duelo que puede complicarse más fácilmente. Por otro lado, la circunstancia de que aun haya niños pequeños en el hogar suele asociarse con un aumento de las tensiones de los duelos. Cabría esperar que la presencia de los hijos o los nietos pudiera

alegrar la vista y la vida de una viuda por poner un ejemplo. Pero puede que no sea así. Tal vez las responsabilidades con respecto a los niños, la necesidad de proporcionarles contención para sus necesidades físicas y emocionales cuando el deudo está padeciendo su propia pena, su propia aflicción, convierta ese cuidado de los niños en un esfuerzo excesivo. Todas las tareas domésticas familiares pueden hacerse pesadas, onerosas e inútiles en una situación similar.

Cada forma cultural del duelo tiene sus ventajas e inconvenientes. La estricta limitación de su duración en el caso de los hebreos, los complejos y reiterativos rituales católicos y ortodoxos, los ritos de descomposición del cadáver y del segundo entierro o funeral de varios pueblos de Australasia, los diversos tipos de despedidas, adioses y creencias, intentan proporcionar un consuelo a los deudos que siguen viviendo ante la pérdida de los seres queridos. Cada cultura desarrolla unas formas de duelo diferenciadas, normalmente integradas a ella. No podría ser de otra forma: los ritos de duelo y los ritos ante las transiciones psicosociales son elementos clave en la constitución de una determinada cultura humana. En general, una cultura o sociedad humana integrada poseerá unas creencias sobre el duelo, las separaciones y las transiciones adaptadas a las necesidades tanto afectivas como sociales de sus miembros y grupos, unas creencias y normas que están asentadas en su historia (la historia de sus ancestros) y en sus condiciones de vida (y de supervivencia).

A pesar de los enfoques conductistas extremos que también se han producido en este ámbito, no hemos de olvidar que lo realmente patógeno no

son los sucesos externos sino el cómo los procesamos internamente una perspectiva en la cual coinciden el psicoanálisis desde su fundación y desde luego el moderno cognitivismo constructivista. Todas las circunstancias que influyen en la elaboración del duelo son procesadas por la personalidad del sujeto en duelo variable (o conjunto de variables) que se constituye así salvo en situaciones extremas en la mediadora moduladora y causa fundamental de las descompensaciones. Sólo cuando el resto de las variables son muy extremas pueden sobreponerse a la determinación equifinalista que proporciona la estructura de la personalidad.

Como vamos viendo las variables que influyen o pueden influir en la elaboración de una pérdida afectiva son amplísimas. Sin embargo todas se pueden agrupar en esquemas como el de los niveles para niveles de contención y el desequilibrio mental.

D MODELOS

1 El Modelo Psicoanalítico del Duelo (Sigmund Freud)

En 1917 Freud en su obra *Duelo y Melancolía* señalaba que la muerte es algo natural incontrastable e inevitable. Hemos manifestado de forma permanente la inequívoca tendencia a hacer a un lado la muerte a eliminarla de la vida. Hemos intentado matarla con el silencio. En el fondo nadie cree en su propia muerte. En el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad. Y cuando muere alguien cuando próximo sepultamos con él nuestras esperanzas, nuestras demandas, nuestros goces. No nos dejamos consolar y hasta donde podemos nos negamos a sustituir al que perdimos.

Freud consideraba que en esencia los síntomas del duelo eran similares a los de la melancolía, la depresión severa. Los fenómenos fundamentales del duelo serían pues:

Tabla Componentes fundamentales del modelo psicoanalítico del duelo	
1 Un profundo y doloroso abatimiento 2 Retirada de los intereses del mundo externo 3 Pérdida de la capacidad de amar 4 Inhibición de la actividad	Inhibición y paralización del YO
5- Identificación con el objeto perdido 6- Ambivalencia 7 Duelo Normal / duelo patológico	A partir del modelo de la melancolía
8- Tendencia a describir los momentos o fases según el modelo de las reacciones infantiles ante la pérdida	Sobre todo a partir de M. Klein y J. Bowlby

La elaboración del duelo sólo es total cuando mentalmente el sujeto ha resuelto los afectos contrapuestos (de amor y odio) que siempre nos unen a las personas queridas

El duelo no se aflige tan sólo por la pérdida del objeto sino también por la pérdida de una parte del yo por la pérdida de diversos niveles de vinculación que nacieron en la formación de esa relación

2 Los procesos de duelo en el psicoanálisis Kleiniano

Cada duelo reaviva la ambivalencia residual no elaborada nunca con respecto a nuestro objeto primigenio (madre o sustituto más permanente) Esa reviviscencia de la ambivalencia es la que hace el duelo más penoso y duradero pero también lo que nos confiere mayores capacidades creativas ya que elaborar un duelo importante implica también elaborar algo más nuestros *duelos primigenios* nuestra separación de los objetos primordiales

La teoría de Klein sobre el duelo se desarrolla en su obra *Amor Culpa y Reparación* (1935) Comparte con Freud la idea que éste presenta en su obra *Duelo y Melancolía* (1917) en donde resalta el papel que desempeña el juicio de realidad en el trabajo de duelo

Para la autora el problema del duelo radica en la pérdida del objeto interno bueno al perder al objeto se arrastra con éste la representación propia el objeto interno

Alega que existe una relación estrecha entre el duelo y los procesos de la temprana infancia. Con respecto a ello, considera que el sujeto en duelo sufre con el restablecimiento y la reintegración de su mundo interno de la misma forma que cuando el niño pasa a través de la posición depresiva, lucha en su inconsciente con la tarea de establecer e integrar el mundo interno.

Con respecto a ello afirma que *El sujeto en duelo atraviesa por un estado maníaco depresivo modificado y transitorio y lo vence repitiendo en diferentes circunstancias y por diferentes manifestaciones los procesos por los que atraviesa el niño en su desarrollo temprano* (Klein 1940).

Además, infiere que en la posición depresiva infantil, el menor pasa por duelos tempranos que se reviven en la vida adulta, los cuales pueden servirle de ayuda posteriormente cuando experimente algo penoso.

Lo que ayuda a vencer esta pérdida abrumadora es haber establecido en sus primeros años una buena imagen de la madre dentro de sí. Esta aseveración hace referencia a que la manera en que el sujeto haya vivenciado sus primeros años y el cómo prevalecieron las experiencias buenas sobre las malas le ayuda a sobrellevar el proceso de duelo.

En su obra *Amor, Culpa y Reparación* Klein (1935) indica que en el duelo la pena de pérdida real de la persona amada está en gran parte aumentada por las fantasías inconscientes de haber perdido también los objetos buenos internos, lo que despierta en el sujeto la sensación de estar destruido. Se reactiva la posición depresiva y junto con sus ansiedades, culpa y sentimiento de pérdida y dolor, se reavivan los temores de persecución.

Dicha reactivación de la posición depresiva infantil producto del duelo se vence por métodos similares a los utilizados en la infancia. De esta manera el sujeto logra reinstalar dentro de sí sus objetos de amor reales y paralelamente sus primeros objetos amados siendo en última instancia sus padres buenos a quienes en algún momento temió perderlos. Al reinstalar dentro de sí a los padres buenos y a las personas recientemente perdidas reconstruye su mundo interno que estuvo desintegrado y en peligro.

Manifiesta que además de reinstalar en el yo al objeto amado perdido tal como lo postulan Freud y Abraham el sujeto en duelo también reinstala sus objetos buenos internalizados que forman parte de su mundo interno desde las fases tempranas de su desarrollo.

Además de considerar el lazo existente entre la posición depresiva infantil y el duelo normal establece la existencia de una conexión entre el duelo normal y el duelo patológico y los estados maniaco-depresivos. Los mismos son abordados ampliamente en el apartado *Tipos de Duelo*.

3 Duelo y Apego (John Bowlby)

Bowlby postuló su esquema de la tríada de la pérdida afectiva: protesta, desesperanza y desapego. Esto dio lugar a su modelo de cuatro fases:

- a Fase de impacto: obnubilación y embotamiento (con momentos de aflicción y cólera intensa) (dura horas o días)

- b Fase de protesta anhelo y búsqueda de la figura perdida (esperanza y desengaño llanto rabia y tristeza)
- c Fase de desorganización y desesperanza
- d Fase de reorganización

Bowlby defendió la premisa de que la vinculación o apego se desarrolla muy temprano en la vida del ser humano y proporciona una base para la seguridad y la supervivencia. Cuando se rompen las vinculaciones aun patológicas aparece una respuesta de ansiedad y protesta.

Las experiencias habidas con las figuras u objetos de apego temprano forman la base mental (emotiva y cognitiva) para los patrones de relación que una persona realiza a lo largo de la vida.

Bowlby defendió la tesis de que en un niño pequeño una experiencia de pérdida o separación de la figura materna inicia procesos psicológicos decisivos para la psicopatología.

Esto no significa inevitablemente una mutilación de la personalidad pero si como en el caso de una fiebre reumática en la mayoría de las veces se forma un tejido cicatrizal que en la vida posterior produce una disfunción más o menos severa.

4- Aportaciones de Parkes

Establece las siguientes fases en el duelo

- a Impacto

- b Entorpecimiento
- c Periodo de enganchamiento o afioranza
- d Desorganización y desesperanza
- e Reorganización

Oscilan y se entremezclan segun los momentos del duelo y la personalidad

- a Procesos de aislamiento y embotamiento de la personalidad (aislamiento y disociación en el duelo)
- b Procesos de retirada de la atención y la actividad con respecto a lo perdido y aquello que lo recuerda (represión en el duelo)
- c Procesos que tienden a mantener la creencia y el sentimiento de reversibilidad de la pérdida (negación en el duelo)
- d Procesos tendentes al reconocimiento de la pérdida y de que existen los vínculos mentales con lo perdido (momento reparatono del duelo)

5 Modelo de las Seis R de Rando

Rando (1993) ha propuesto su concepción de las Seis R del proceso de duelo. Su Propósito es vincular cada una de las fases o momentos del duelo con una tarea o tareas (psicológicas) que la persona en duelo debe realizar para progresar en el camino de la elaboración. Así como hemos visto en varias ocasiones para muchos clinicos e investigadores ante la pérdida brusca existe un momento o fase de *negación*. La R o "tarea fundamental en esa fase o momento es el *reconocimiento* de la pérdida: reconocimiento tanto afectivo (lo

que nos duele esa pérdida) como cognitivo (en realidad lo hemos perdido se ha ido no es recuperable del todo) Si esta tarea no se cumple adecuadamente el resultado es un duelo con problemas de expresión Son los duelos de los cuales suele hablarse como duelo ausente inhibido congelado enmascarado etc

La fase o momento de *confrontación* supone una reacción ante la separación lo cual implica poder sentir profundamente el dolor la pena la importancia de los duelos simbólicos y secundarios En este período se dan en una y otra ocasión diversos tipos de *reviviscencias* o *re experimentaciones* de la relación Ese vivir y revivir la relación en una y otra ocasión en lo bueno y en lo malo que la relación tuvo es lo que nos va llevando hacia la *renuncia* Nos vamos distanciando de ese vínculo y de lo que significaba en nuestro mundo Pero en ocasiones si esas tareas no se cumplen el resultado es el tipo de duelos que podríamos llamar *desviados* o *sesgados* los duelos distorsionados (por ejemplo por una psicopatología previa grave histénica obsesiva paranoide) los duelos conflictualizados en exceso inesperados

La fase de *acomodación* implica otras dos tareas básicas la *readaptación* al nuevo mundo olvidando progresivamente el viejo (viejo y nuevo significan aquí previo a la pérdida y posterior a la pérdida) y el *reinvertimiento* o *recatectización* como decía E Kübler Ross Si esas tareas no se elaboran al menos mínimamente el resultado es el duelo crónico y algunas formas de duelo congelado dos formas típicas de duelo patológico

Las 6 R” en el Proceso de Duelo en relación a las tres fases

a Fase de Evitación

Reconocer la pérdida

- Reconocer la muerte (su realidad e irreversibilidad)
- Entender la muerte (entender el por qué factores y circunstancias y es independiente de que este de acuerdo con otros sino que satisfaga al doliente)

b Fase de Confrontación

Reaccionar a la separación

- Experimentar el dolor (en las dimensiones de funcionamiento humano)
- Sentir identificar aceptar y dar alguna forma de expresión a todas las reacciones psicológicas a la pérdida
- Identificar y hacer el duelo por las pérdidas secundarias

Recolectar y reexperimentar el fallecimiento y la relación

- Revisar y recordar basados en la realidad (aspectos positivos negativos y neutrales con respecto a la realidad a fin de examinar sus sentimientos y pensamientos que necesitan ser procesados para cambiar el apego y el apego emocional hacia el fallecido)
- Revivir y reexperimentar los sentimientos (a fin de desatar los apegos emocionales)

Renunciar a los apegos antiguos con el fallecido y a la antigua ideación del mundo El mundo asumido es un esquema organizado que contiene todo lo que la persona cree que es cierto sobre el mundo y su self en base a las experiencias previas (esto incluye expectativas y creencias) y determina las necesidades emociones conductas esperanzas fantasías y sueños El modelo contra el cual analiza la información que constantemente del mundo interno y externo Al perder el ser amado la persona debe crear un nuevo mundo en el cual no este la presencia del ser amado

c Fase de Acomodación

Reajustarse a moverse adaptativamente dentro del mundo sin olvidar lo viejo

- Revisión de su ideación personal del mundo (la importancia del fallecido dentro de su mundo el tipo y numero de roles que ocupaba el significado que proveia los patrones de interacción establecidos la muerte sus circunstancias y el grado en que se violentan otras de sus necesidades el numero tipo y calidad de las perdidas secundarias) Entre más rápido esto ocurra más traumático será para el doliente
- Desarrollo de una nueva relación con el fallecido
- Adopción de nuevas formas de ser/estar en el mundo

- Formar una nueva identidad

Reinvertir recolocar

6 Fases de Kübbler Ross

Establece las siguientes fases

- a Negación Defensa provisional para ganar tiempo hasta adaptarse
- b- Ira Rabia envidia resentimiento ¿por qué yo? dirigidas a otras personas o a Dios
- c Negociación Consigo mismo con Dios Tiene un carácter secreto
- d Depresión Por lo que se ha perdido y por lo que se teme perder en el futuro
- e- Aceptación No se trata de una fase feliz sino de sereno reposo
Aceptación de la finitud en el aprecio a la vida

7 Tareas del Duelo (Worden)

Para Worden (2000) la meta de la terapia de duelo es resolver los conflictos de separación y asistir al doliente a completar las tareas del duelo La resolución de estos conflictos necesariamente implican la experimentación de pensamientos y sentimientos que han sido evitados

La responsabilidad del terapeuta es proveer el apoyo social necesario para un trabajo de duelo exitoso y dar el permiso al doliente que antes le fue negado Una positiva alianza terapéutica es prerequisite y puede realizarse por

el reconocimiento del terapeuta de la dificultad que algunos dolientes pueden tener cuando resucitan pérdidas pasadas

1 Tareas del Duelo

- a Aceptar la realidad de la pérdida
- b Dar expresión a los sentimientos
- c Adaptarse al ambiente en el que el difunto ya no está
- d Invertir energía emotiva en otras relaciones

E LOS MOMENTOS DEL DUELO

John Bowlby escribiendo en 1980 a propósito del duelo por la muerte de la muerte de un familiar o allegado señalaba ya las cuatro fases siguientes

- a** Fase de incredulidad y embotamiento de la sensibilidad que puede durar entre algunas horas hasta una semana y puede verse interrumpida por momentos de pena o cólera intensas
- b** Fase de añoranza y anhelo y búsqueda de la figura perdida que suele durar desde meses a años (por la pérdida de un progenitor un hermano un cónyuge etc)
- c** Fase de desorganización y desesperanza
- d** Fase de mayor o menor reorganización

La reacción inicial y en especial si la pérdida es brusca o inesperada suele consistir en manifestaciones de incredulidad embotamiento afectivo o intelectual casi obnubilación en ocasiones etc El deudo se siente aturdido incapaz de pensar organizarse aceptar la pérdida entender cómo ha pasado afrontar el futuro organizar su vida su pensamiento sus conductas incluso las más elementales

No puedo creerlo no es verdad Sigo sin creerlo No puede ser así No es cierto son manifestaciones típicas de la persona ante la pérdida importante y brusca ante los duelos del tipo de viudedad inesperada por ejemplo Más adelante esos momentos se describen diciendo que *no podía creerlo me sentía como en un sueño creía que cualquier día en cualquier momento volvería a verlo Oía su voz sus pasos sus lamentos en muchos momentos del día Sobre todo cuando la casa se quedaba en silencio a oscuras sin luz se ponía el sol no tenía la televisión puesta*

Pero pronto a estas reacciones iniciales le siguen las protestas contra el destino y especiales manifestaciones y sentimientos de rebeldía bien contra la naturaleza o bien contra los dioses si los deudos son creyentes (¿Por qué a él?

¿Por que ahora?) Es el período de protesta que casi siempre va unido a una cierta pena tristeza y nostalgia por la pérdida. Es frecuente que se tina con elementos persecutorios de ahí que sean tan fáciles ante la muerte humana tan profesionalizada en nuestro mundo las protestas contra los médicos la medicina las instituciones sanitanas etc

Si tenemos en cuenta que la ira la protesta y/o los momentos de resentimiento son consustanciales a todo duelo importante tal vez podremos cuidar nuestras expresiones críticas dirigidas a compañeros instituciones y familiares. Es posible que no sea eso lo que vaya a sentir el consultante cuando haya elaborado algo mas la pérdida. Por otra parte como profesionales seguro que la mejor forma de no prestar demasiado atención al flanco de la paranoidización de tales críticas es comprender los procesos de duelo como procesos fundamentalmente emocionales y en consecuencia poder realizar una atención lo más científica y tecnológica que sea posible sin desdeñar los elementos psicológicos y psicosociales de la asistencia. Si los desdeñamos cada vez se utilizarán más como bandera de enganche por las medicinas alternativas que algunos tantos denostan por otros grupos u orientaciones más o menos manipuladores e irracionalistas

Muchas viudas y viudos expresan claramente la añoranza el anhelo y la búsqueda propios de este segundo período durante meses o años. Hay viudas que comienzan a participar en sesiones de espiritismo vudu y otras ceremonias religiosas alternativas llevadas de esa añoranza y búsqueda del compañero muerto. A menudo viudos y viudas piensan en el suicidio (o lo realizan) acuciados por ese deseo de búsqueda y reunión

En cuanto a los momentos de cólera ya Parkes (1975 1998) en sus entrevistas con viudas pudo encontrarlos en casi todas siendo muy acentuados en aproximadamente un tercio del total. En unos casos la ira y la protesta adoptan formas generales no centradas en una persona situación u objeto. Pero en otros los sufrimientos confusionales y persecutorios puestos en marcha por la pérdida pueden organizarse de esa forma. Se trata de una reacción de

reorganización mental de la ansiedad confusional y catastrófica mediante la paranoidización que el refrán castellano describe con exactitud Agarrarse a un clavo ardiendo Entonces la ira y la protesta pueden buscar un destinatario privilegiado en el cual en la fantasía en la imaginación o en la realidad se encuentran un familiar los médicos los sacerdotes los funcionarios el otro conductor los hijos etc

Es cierto que también como en los niños se dan autorreproches pero suelen destacar menos que la cólera y la ira al menos en los primeros momentos del duelo de los adultos Y es natural que así sea cuando la pérdida es resoluble el anhelo y la búsqueda así como la ira y la cólera pueden ayudar a que la separación se resuelva o a que no se repita La rabia y el reproche resultan más difícilmente adaptativos cuando la separación es permanente pero su base etológica según Bowlby (1980) es la realidad de que para la especie gran parte de las separaciones son reparables De ahí que protestar y buscar sean tan útiles en realidad parecen tratarse de sabios mecanismos evolutivos introyectados desde la primera infancia

Por lo tanto siguiendo a Bowlby la búsqueda inquieta la esperanza intermitente el desengaño repetido el llanto la rabia las acusaciones y la ingratitud son rasgos de la segunda fase del duelo y deben entenderse como expresiones de la impenosa necesidad de encontrar y recuperar a la persona perdida (Bowlby 1980) Pero por debajo a un nivel más o menos pre-consciente va imponiéndose progresivamente el sentimiento-cognición de que la reunión o la reparación en el mundo externo es más y más improbable A veces se reacciona ante ello en formas dominadas por la negación y la disociación Hay quien prohíbe a los allegados que hablen de la pérdida de la persona que se fue de la situación En nuestra cultura es un probable indicador de mal pronóstico pues significa apoyar la evolución del duelo en defensas psicóticas como son la negación-denegación y la escisión Por el contrario muchos rituales del duelo tienen que ver con la sedimentación cultural de

costumbres o acciones tendentes a ayudar a contactar con la pérdida y con su significación profunda

Como insiste la perspectiva psicoanalítica del tema ya desde Freud (Recuerdo repetición elaboración 1914) parece que tanto a nivel mental como social o biológico es necesario poder tolerar la acometida de esas profundas y alteradoras emociones para que el duelo evolucione de una forma favorable. Sólo si el deudo la persona en duelo puede tolerar la pena la rabia la añoranza y anhelo la búsqueda consciente e inconsciente el análisis y el reanálisis mental y en la relación de por qué y cómo se produjo la pérdida el encono contra los supuestos responsables o colaboradores (muerto incluido) y otras emociones similares se puede llegar a una reorganización interna y externa y a una readaptación al mundo (contando con la pérdida y no a partir de la negación o disociación de ésta)

Si la pérdida es afectivamente importante si el deudo pena de forma importante hay que sufrir y superar tantos momentos relaciones situaciones patrones de reacción previos que en un principio éste puede sentir que nada podrá salvarlo que no hay nada que hacer que no hay recuperación posible. Ciertamente pueden caer en la depresión y la apatía. Lo contrario implica revivir esas dolorosas vivencias y cogniciones con suficiente profundidad reiteración y afectación por eso y precisamente por eso podrán modificar el mundo interno de la persona en duelo (o si se quiere su sistema mental)

Para esos procesos vivenciales que modifican la experiencia las emociones revividas una y otra vez son el componente fundamental incluso biológicamente. Por complejos mecanismos neuroendocrinos esas emociones dolorosas a través del metabolismo neuronal y del cortisol promueven incluso cambios a nivel de la citoarquitectura cerebral (Rally 2000 Paniagua 2000)

Todo el mundo de representaciones internas se va modificando paulatinamente. Se trata de un proceso complejo no tan sólo emocional sino también cognitivo una auténtica remodelación de los modelos representacionales internos a fin de adaptarlos a los cambios producidos por la

pérdida o ausencia Y todo eso con un acompañamiento social y una base biológica que potencia los cambios (nueva situación endocrina inmunológica metabólica en la citoarquitectura cerebral y las conexiones dendríticas) Se comienzan a asumir nuevos papeles e incluso a adquirir nuevas habilidades A veces los consultantes nos lo dicen de formas más o menos oscuras y críticas que hay que saber descifrar Y lo hacen así porque para ellos el re nacimiento es también algo oscuro criptico oscilante trastabillante *Es como si me estuviera despertando de un sueño (de una pesadilla / de una muerte) Empiezo a vivir / a tener ganas de vivir A veces me gustara cambiar tantas cosas aunque sé que no puedo ni podré Creo que debería recuperar las ganas de hacer algo pero no sé si podré*

Si la reorganización y la reorientación en el mundo interno primero y en el mundo externo después no son lo suficientemente profundas la desorganización y/o la desesperanza se instalan en la vida de la persona en duelo y se hacen más y más visibles Son otras manifestaciones de la dialéctica entropía negentropía en la elaboración del duelo la dialéctica esperanza versus desesperanza reorientación y reorganización versus desorganización En el peor de los casos en vez de una progresiva aceptación y reorganización se va instalando un desapego más y más profundo y tarde o temprano un cuadro psicopatológico clínico predominantemente depresivo Desde la perspectiva de Bowlby se trata de la tercera fase o momento del duelo por la separación y la pérdida no adecuadamente asistidas ni contenidas o sustituidas Éste es un momento en el cual la asistencia es indispensable si no se ha podido organizar antes y ha de hacerse teniendo en cuenta los dos elementos por un lado el cuadro psicopatológico que presenta el paciente (depresión somatizaciones crónicas delirio crónico trastornos de conducta etc) por otro la realidad del proceso de duelo no elaborado que subyace que puede complicar el tratamiento del cuadro (aunque por otra parte ayudar a la elaboración de ese duelo puede facilitar el tratamiento del cuadro psicopatológico que en otras ocasiones podría

parecer mas crónico o difícil las ayudas psicológicas y psicosociales suelen ser en estos casos más eficaces que en los típicos cuadros psicopatologicos)

Desde el principio Parkes observó que ante una pérdida ponemos en marcha una serie de procesos diferenciados que oscilan y se entremezclan según los momentos del duelo y la personalidad

- a Procesos de aislamiento embotamiento de la sensibilidad retirada esquizoide (aislamiento y disociación en el duelo)
- b Procesos de retirada de la atención y la actividad y la actividad con respecto a lo perdido y aquello que lo recuerda (represión en el duelo)
- c- Procesos que tienden a mantener la creencia y el sentimiento de reversibilidad de la pérdida (negación del duelo)
- d Procesos tendentes al reconocimiento de la pérdida de su importancia para nosotros y de que persisten los vínculos mentales con lo perdido (momentos más reparatorios del duelo)

Tales momentos y procesos se corresponden en buena medida con los que el propio Bowlby o los Robertson (1971) estudiaron en el duelo de los niños y en especial con los más estudiados de todos ellos los que ocurren en el niño cuando se le separa de la figura materna

F LA PSICOTERAPIA DE TIEMPO LIMITADO EN EL DUELO Y LAS SEPARACIONES

1 Conceptos Generales

La psicoterapia breve fue consecuencia de

- a Un incremento considerable de la demanda de servicios psicoterapéuticos
- b La dificultad de algunos pacientes para terminar y aceptar la separación en los tratamientos a largo plazo
- c- La incapacidad de algunos terapeutas para visualizar los aspectos positivos de algunos pacientes y que podrían ser utilizados para su recuperación

Mann propone una psicoterapia de 12 sesiones de una hora de duración Su intención es tratar de mantener la dependencia lo mejor controlada posible

2 El Modelo

- a **El Sentido del Tiempo** El sentido del tiempo y el sentido de la realidad son indisolubles Nos referimos al tiempo categórico que es medido por los relojes y los calendarios y el tiempo que es el que experimentamos el que vivimos más que el que observamos San Agustín pensaba que el

presente de las personas estaba formado por las cosas que le habían pasado y las expectativas de lo que le iba a suceder

El pasado continua su existencia activa en el inconsciente y se manifiesta en el presente de la vida de una persona. El tiempo y el sentido inconsciente del tiempo son los acompañantes del presente. Cada presente es un conglomerado indivisible del pasado, el presente y el futuro. El concepto de un inconsciente intemporal fue una contribución de Freud (1933). No hay límites de tiempo ni espacio en la inconciencia. Es la mente conciente la que le da forma a esto.

Mane Bonaparte (1940) describe 5 situaciones en que predomina el principio del placer y en el cual el tiempo deja de existir: los sueños, las fantasías, el enamoramiento, la intoxicación y las drogas, los estados místicos.

Si pudiéramos eliminar el sentido del tiempo, podríamos evitar también la separación final que deviene con la muerte. Cuando nos sentimos muy separados o alienados los unos con los otros, las drogas pueden ser utilizadas para detener el sentido del tiempo, aliviar el dolor de la soledad actual y la amenaza futura de la muerte. El paso del tiempo simboliza un período de separación; tratamos de evitar la destrucción total evitando sentir el transcurrir del tiempo.

Winnicott (1955) consideraba que la posición depresiva dependía del desarrollo del sentido del tiempo, el cual además resulta ser un prerequisite para la apreciación de la diferencia entre los hechos reales y

la fantasía. En los sujetos agregaba Winnicott que han alcanzado esta etapa normal del desarrollo las reacciones a las pérdidas son de luto y la tristeza pero cuando se presenta algún tipo de falla para alcanzar esta etapa depresiva toda pérdida es vivida muy depresivamente. Cuando la etapa depresiva se ha experimentado satisfactoriamente se tienen buenas experiencias y se han introyectado objetos buenos y amados las pérdidas se pueden tolerar mejor y sin necesidad de recibir mucha ayuda o apoyo.

La muerte y el tiempo están íntimamente conectados en nuestra experiencia subjetiva. El tiempo físico se mide mediante los relojes, calendarios y es inmutable pero el tiempo psicológico varía. Por ejemplo para un niño el día siguiente puede resultar una eternidad y para un adulto una semana puede ser muy poco. Para los ancianos no hay un sentido de futuro a menos que nieguen la terminación del tiempo.

Winnicott ve el desarrollo del sentido del tiempo como un ingrediente necesario para poder manejar las repetidas pérdidas que sufrimos a lo largo de la vida. Eissler (1955) por su parte señala la unión indivisible entre la realidad y el sentido del tiempo y este sentido tiene que ver con el reconocimiento de la muerte como un contenido explícito. LA PSICOTERAPIA DE TIEMPO LIMITADO PARECE ESPECIALMENTE ÚTIL AHORA QUE EL TIEMPO ES TAN URGENTE PARA TODOS. TODO EL TIEMPO.

Cuando se tratan a pacientes moribundos los cuidadores y los terapeutas tienen que ver con el gran temor que produce la terminación del tiempo. Toda psicoterapia de tiempo limitado se debe referir al tiempo infantil y al tiempo adulto del paciente. Hemos llegado a pedirle a la medicina que elimine la muerte y demandamos cambios y curas instantáneos. Nos rehusamos a aceptar los efectos visibles del paso del tiempo. Todo tipo de psicoterapia breve aunque los terapeutas lo sepan o no reviven el horror que causa el paso del tiempo.

De todos los psicoanalistas pioneros de la psicoterapia de tiempo limitado Otto Rank (1929) fue el primero que llamó la atención a aspectos específicos sobre el tiempo y de su utilización en el tratamiento. Él sentía que el paciente estaba conciente de que el tratamiento terminaría algún día y que en cada hora del mismo el paciente repetía en miniatura su "fijación maternal" y el rompimiento de esta fijación hasta que terminaba.

Toda psicoterapia de tiempo limitado despierta en las personas los conflictos con el tiempo ilimitado, la inmortalidad y las fantasías omnipotentes de la niñez por un lado y por el otro con las limitaciones con el tiempo, la realidad y la muerte. El inconsciente desea que el tiempo sea ilimitado y esto va en contraposición de la psicoterapia breve. Mientras más ambiguo sea el periodo de tiempo que va a durar la psicoterapia mayor será la influencia del sentido infantil de tiempo, los deseos inconscientes y las expectativas.

b El Contrato Terapeutico y las Guías para el Tratamiento El contrato terapéutico en este tipo de psicoterapia de tiempo limitado está basado en los conceptos psicoanalíticos del funcionamiento mental. Está diseñado para obtener ventaja del elemento tiempo implícito en todo tipo de psicoterapia breve. Según Alexander (1951) la psicoterapia que no hace referencia al tiempo y se prolonga indefinidamente se alía a la neurosis del paciente ya que el mismo no requiere enfrentar la fuente y la naturaleza de sus conflictos es decir verse tal cual es. Claro que no somos magos pero nuestra intención es hacer que la psicoterapia sea lo más breve posible.

Autores como J. Frank (1959) consideran que los pacientes responden más rápido cuando saben de antemano que la terapia es de tiempo limitado. Lo que Frank y otros autores no expresan tiene que ver con dos principios críticos fundamentales que contribuyen a la ambigüedad de la psicoterapia: estos son el problema del tiempo con su significado en relación con la separación, pérdida y muerte tanto para el terapeuta como para el paciente, y las dudas de los terapeutas con respecto a la ayuda que puedan brindar a sus pacientes en un periodo corto de tiempo.

La psicoterapia de tiempo limitado se realiza en 12 sesiones en el modelo de James Mann. Este número es un tanto arbitrario ya que pudieran ser 11 o 14 sesiones pero la experiencia de Mann es que 12 sesiones sirven para cubrir cierta cantidad importante del material

seleccionado Para Mann en las psicoterapias breves y en las de emergencia el tiempo es considerado en su sentido categórico y no en su sentido existencial Así mismo nos dice que hay evidencias experimentales de que los pacientes responden más rápidamente cuando saben de antemano que la terapia es de tiempo limitado

Ciertos procedimientos y decisiones preceden naturalmente a las negociaciones formales del tratamiento

- b 1 Las entrevistas de evaluación nos llevan a determinar a partir de los datos obtenidos lo que se conoce como *conflicto central* que produce a partir de los problemas presentes La formulación del conflicto central puede o no coincidir con los motivos conscientes del paciente para solicitar ayuda
- b 2 Evaluación del estado psicológico general del paciente y la formulación de un diagnóstico tentativo
- b 3 Distribución de las 12 sesiones de acuerdo a las necesidades del paciente
- b-4 Los pacientes se ven por 12 sesiones de 45 a 50 minutos una vez por semana Se puede sin embargo ver al paciente dos veces por semana dependiendo de las circunstancias del caso
- b 5 Se evitará tratar a pacientes en estado de descompensación aguda (reacción psicótica aguda) o pacientes severamente deprimidos
- b-6 El calendario de reuniones se establece desde un principio

Con respecto al conflicto central la forma más efectiva de involucrar a los pacientes en el tratamiento descansa en la selección de un conflicto central que sea relevante tanto genética como adaptativamente es decir que haya sido recurrente a lo largo del tiempo y que afecte su capacidad adaptativa presente En la medida que el paciente sienta al terapeuta como un aliado empático promoverá el establecimiento de una alianza terapéutica sólida A partir de este conflicto central el paciente se moverá libremente hacia temas genéticos o adaptativos durante las primeras semanas Igualmente se puede corregir el tema del conflicto central si el terapeuta o el paciente sienten que fue una elección equivocada

- c Algunas situaciones conflictivas universales** Las sucesivas *crisis de individuación – separación* constituyen las bases substantivas en las cuales descansa el tratamiento Muchos investigadores han enfatizado el hecho de que existen sucesivas crisis de separación a lo largo de la vida y el impacto crucial de las primeras crisis de separación y la forma en que fueron manejadas estas crisis afectarán fundamentalmente lo que ocurra con las separaciones posteriores de la vida Se mencionan a autores como Margaret Mahler y D W Winnicott cuyas contribuciones fundamentales en el área de la individuación – separación y la posición depresiva constituyen parte del fundamento teórico de este modelo Se han descrito varias pérdidas que son universales en el proceso de vida como son el amamantamiento la situación edípica la pubertad la universidad el matrimonio el nacimiento la menopausia la ancianidad y

finalmente la muerte Todas estas pérdidas implican gran cantidad de ansiedad

Las situaciones conflictivas universales para el autor son

c 1 Independencia vs Dependencia

c 2 Actividad vs Pasividad

c-3 Autoestima adecuada vs Autoestima disminuida

c-4 Duelo sin resolver vs Duelo retrasado

La fase de individuación – separación incluye procesos de desarrollo y madurativos que van de los tres meses a los tres años La interrelación entre la individuación – separación el desarrollo del sentido de realidad y el desarrollo del yo determinan la adecuación de los modos adaptativos que surgen como medios para manejar las relaciones con otros

El manejo adecuado de las crisis de individuación – separación determina directamente la forma en que el sujeto manejará los conflictos de independencia – dependencia y de actividad – pasividad Igualmente influye en la calidad de la autoestima Sin embargo esta crisis de individuación – separación afecta dramáticamente las reacciones individuales a las pérdidas como podemos observar en los duelos sin resolver y en los duelos retrasados

Cada una de las situaciones conflictivas resultan ser un esfuerzo continuo por mantener viva una realidad imposible es decir la

inmortalidad Esta fantasía juega en contra de obtener satisfacciones en el presente

d La Secuencia de Eventos Dinámicos La primera fase del tratamiento se extiende a las 3 o 4 primeras sesiones y se caracterizan por dos asuntos importantes 1 el gran optimismo alimentado por las expectativas inconscientes del paciente que llevan a crear una relación terapéutica que es poco ambivalente y positiva y 2 el gran alivio que trae la abreacción En muchas ocasiones esta abreacción trae como consecuencia una cura transferencial

En la segunda fase del tratamiento que cubre más o menos las 4 sesiones intermedias vuelve la ambivalencia del paciente y sus dudas sobre los resultados finales del tratamiento No ha sucedido nada mágico Debemos explorar estas desilusiones del paciente para poder vincularlas con las del pasado Pueden aparecer nuevamente los síntomas y las quejas y el paciente puede llegar tarde a sus citas o no presentarse del todo El autor relaciona esta fase con lo que ocurre cuando los hijos regresan de la universidad para las fiestas de fin de año o para las de acción de gracias Aparecen deseos de volver al hogar o seno materno y al mismo tiempo los deseos de lograr nuestra independencia o autonomía Aparece la sombra de la separación

La tercera fase o fase de terminación es crucial La terminación se trabaja durante las 3 ó 4 últimas sesiones Durante la fase final el paciente reproduce las separaciones tempranas de los objetos

significativos sin resolver la ambivalencia que comenzó con dicha persona. La terminación puede estar acompañada por rabia, tristeza, culpa y miedo. El proceso de terminación con su elaboración final del asunto central contribuye a la diferenciación del paciente y el terapeuta y a la misma vez de las figuras del pasado. Este proceso resultará en un sentido de self mejor, un yo más fuerte y de un superego que permita al paciente ser más tolerante consigo mismo.

Más tarde a los 6 y a los 12 meses se realizan sesiones de seguimiento. El paciente desconoce que estas reuniones se van a dar. Se pueden realizar personalmente, mediante una llamada telefónica o aun mediante una carta o mensaje.

- e **Selección de Casos** La mayoría de los pacientes que caen en la categoría de pacientes adecuados para psicoterapia de tiempo limitado son aquellos que presentan síntomas neuróticos. Son pacientes con una capacidad yoica para lograr una vinculación afectiva y que toleran las pérdidas. En las categorías histéricas y obsesivo – compulsivas asociadas a problemas conflictivos triangulares podemos mencionar los cuadros ansiosos, depresivos, reacciones conversivas y síntomas obsesivo – compulsivos. Problemas asociados a malas elecciones de pareja o de adaptación al trabajo o la escuela o dificultades con el grupo de pares. Sentimientos de minusvalía sin signos o síntomas depresivos. Aparte de estos síntomas o reacciones neuróticas podemos afirmar que los problemas asociados a la entrada en nuevas fases del ciclo de vida

como son graduaciones matrimonio tener hijos o hijos que se independizan o la vejez son situaciones que se ven beneficiadas por un tratamiento de tiempo limitado

En cuanto a aquellas condiciones donde la psicoterapia de tiempo limitado no es muy efectiva podemos mencionar en un extremo a los pacientes esquizofrénicos que no se pueden vincular afectivamente o que no pueden tolerar pérdidas Algunos tipos de personalidad obsesiva que no pueden soportar las terminaciones al igual que cierto tipo de pacientes fronterizos donde la terminación también parece ser un fenómeno inaceptable

CAPITULO II

METODOLOGIA

METODOLOGIA

Planteamiento del Problema

La elaboración del duelo puede entenderse como un proceso de adaptación en el cual se integra la pérdida a las experiencias de vida fortaleciendo en los individuos la capacidad para enfrentarse a otras pérdidas. Ello nos conduce a pensar en el duelo como una experiencia normal por la que atravesamos todos los seres humanos pero existe también otro camino que puede tomar el duelo y es aquel en el que el duelo se complica y los individuos se ven sobrepasados en sus estrategias de afrontamiento. Debido a ello nos preguntamos en esta investigación

¿En qué fase del proceso de duelo se quedaron estancados y por qué?

¿Qué emociones y pensamientos se experimentan de manera más intensa?

Jorge Tizón (2004) plantea que el duelo complicado es una categoría que abarca varios tipos de duelos entre los que destacamos el duelo patológico crónico retrasado enmascarado borderline entre otros. Es por ello que nos interesa saber

¿Qué tipo específico de duelo complicado presenta cada actor de la investigación?

¿Hay manifestaciones psicopatológicas presentes en los actores de esta investigación?

Mann (1973) plantea en su modelo de la **Psicoterapia de Tiempo Limitado** que los duelos no resueltos que sería otra forma de definir simplifcadamente a los duelos complicados pueden ser resueltos a través de una estrategia de tiempo limitado. ¿Debe entonces preguntarnos

¿Qué ocurre con el conflicto central si el participante recibe la Psicoterapia de Tiempo Limitado de James Mann?

Preguntas de Investigación

2 1 ¿En qué etapa del proceso de duelo se quedaron estancados los participantes de esta investigación y por qué?

2 2 ¿Qué emociones y pensamientos se experimentan de manera más intensa?

2 3 ¿Qué tipo específico de duelo complicado presenta cada actor de la investigación?

2-4 ¿Hay manifestaciones psicopatológicas presentes en los actores de esta investigación?

2 5 ¿Qué ocurre con el conflicto central si la participante recibe la Psicoterapia de Tiempo Limitado de James Mann?

Formulacion de Objetivos

3 1 Objetivo General

Aplicar la Psicoterapia de Tiempo Limitado de James Mann para describir la secuencia de eventos dinámicos en los casos de duelo complicado

3 2 Objetivos Especificos

- 3 2 1 Describir el conflicto central el nivel de reconocimiento de la pérdida el insight y la valoración de cada caso investigado durante el proceso terapéutico
- 3 2 2 Describir la información proporcionada por cada participante a través del Mapa del Duelo antes y después de la intervención de la Psicoterapia de Tiempo Limitado
- 3 2 3 Describir los resultados del inventario de experiencias en duelo antes y después de la intervención de la Psicoterapia de Tiempo Limitado
- 3 2 4 Reconocer el tipo específico de duelo complicado que presenta cada actor de la investigación
- 3 2 5 Explicar si hay manifestaciones psicopatológicas presentes en los actores de esta investigación

↳ Categorías apriorísticas

5 1 Duelo

5 2 Duelo Complicado

¡ Definición conceptual de las categorías apriorísticas

5-1 Duelo

El Duelo del latín Dolus es la respuesta holística a la pérdida de alguien o de algo Esta respuesta involucra reacciones de tipo físico social cognoscitivo

emocional conductual y espiritual y tiene como fin adaptarse a la vida sin lo que se perdió

5 2 Duelo Complicado

El duelo complicado es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada recurre a conductas desadaptativas o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución Esto implica procesos que no van hacia la asimilación o acomodación sino que en su lugar llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación (Horowitz 1980 en Worden 2004)

Definicion operacional de las categorias aprioristicas

6 1 Duelo

Reacciones de desesperanza enfado culpa aislamiento social pérdida de control emocional rumiación embotamiento problemas somáticos y ansiedad ante la muerte que experimentaron o experimentan los participantes ante la pérdida significativa las cuales se identificarán a través del Inventario de Experiencias en Duelo (I E D)

6 2 Duelo Complicado

Presencia de al menos un síntoma correspondiente a la primera fase del duelo de acuerdo a lo informado en la primera aplicación del mapa del duelo y

presencia de al menos tres puntuaciones por encima de T 55 en el Inventario de Experiencias en Duelo (IED)

Tipo de Investigación

Este estudio es una investigación primordialmente cualitativa utilizamos algunas técnicas cuantitativas para enriquecer la investigación

Investigar desde una perspectiva cualitativa significa una forma de abordar estudiar entender analizar y construir conocimiento a partir de procesos de interpretación donde la validez y confiabilidad del conocimiento descansa en última instancia en el rigor del investigador

Diseño de Investigación

Este es un preexperimento con diseño antes y después con 3 replicaciones Se utilizará el método de estudio de casos con intervención bajo el enfoque cualitativo El estudio de casos es una forma de investigación empírica de un fenómeno determinado que se hace en uno o en algunos pocos casos naturales dentro de su propio contexto y ubicación

Selección de las participantes y escenarios de investigación

Atendiendo al tema de investigación de este estudio se seleccionaron 3 participantes que compartían entre sí la experiencia de haber tenido una pérdida significativa por muerte además de las siguientes características

9-1 Haber transcurrido al menos un año de la muerte del ser querido

9.2 Presencia de al menos un síntoma correspondiente a la primera fase del duelo de acuerdo a lo informado en la primera aplicación del mapa del duelo

9.3 Presencia de al menos tres puntuaciones por encima de T 55 en el Inventario de Experiencias en Duelo (IED)

9.4 Percepción del propio sujeto de no haberse adaptado a la vida luego de la pérdida

Para la selección de las participantes de esta investigación se solicitó la aprobación de la institución en la cual se identificaron a las participantes del estudio que cumplieran con los criterios de inclusión antes mencionados. La terapeuta participante obtuvo el acceso a las participantes dejando claro que se trataba de un trabajo terapéutico cuya duración abarcó aproximadamente 20 horas con cada caso cuyo contacto tuvo una frecuencia de una vez por semana de acuerdo a la disponibilidad de tiempo manifestada por las participantes. A través de las entrevistas terapéuticas, el mapa del duelo y el Inventario de Experiencias en Duelo y de los parámetros de la Psicoterapia de Tiempo limitado se obtuvo la información pertinente para este estudio.

10- Procedimientos para analizar la información

Primero se aplicó una primera entrevista con cada participante que permitió determinar si cumplía con los criterios de inclusión para ser parte de esta investigación. En las segunda y tercera sesión se aplicaron los otros dos instrumentos: tanto el Mapa del duelo como el Inventario de Experiencias en Duelo. Al culminar la aplicación de los instrumentos, procedimos entonces a aplicar los principios de la Psicoterapia de

Tiempo Limitado de James Mann a fin de trabajar los conflictos centrales detectados en la primera fase de la investigación

Finalmente se procedió a interpretar la información a través de la acción de reunión y cruce de toda la información pertinente al objeto de estudio surgida en la investigación por medio de los instrumentos correspondientes y así construir el corpus de resultado de la investigación

1 La interpretación de la información

Para interpretar la información se precedió a seleccionar la información que cumpliera con los criterios de pertinencia y relevancia para la investigación. La información pertinente es aquella que efectivamente se relaciona con la temática de la investigación. La información relevante es la que se devela ya sea por su recurrencia o por su asertividad con el tema que se pregunta.

Posteriormente se realizaron las siguientes triangulaciones:

- 11.1 Triangulación de la información obtenida de la intervención a través del método de la Psicoterapia de Tiempo Limitado en el duelo y las separaciones de James Mann
- 11.2 Triangulación de los resultados del mapa del duelo
- 11.3 Triangulación de los resultados del inventario de experiencias en duelo

2 Descripción de los instrumentos

12 1 El Mapa del duelo (SHEILA CLARK UNIVERSITY OF ADELAIDE NORTH TERRACE SOUTH AUSTRALIA, AUSTRALIA)

El mapa es un diagrama que representa el proceso de duelo a partir de la pérdida hasta el establecimiento de una nueva vida. El proceso de duelo total se representa como una línea de tres partes. La línea inclinada del lado izquierdo representa el estrés agudo en las primeras semanas y meses que acompañan a la asimilación de la realidad de la pérdida, la disminución del apoyo y los mecanismos fisiológicos asociados con el estrés. Esto es seguido de un periodo medio de estrés, el cual involucra los fenómenos relacionados con la ansiedad de separación y las pérdidas secundarias. La línea ascendente izquierda representa la disminución de la angustia, ya que la pérdida se ubica en un lugar menos doloroso y la vida se reorganiza. Los fenómenos del duelo están ubicados bajo la sección más prominente del gráfico, pero no necesariamente se limitan a esta área. Por ejemplo, aquellos fenómenos que se experimentan usualmente al principio del duelo están colocados hacia la izquierda y algunos hacia la derecha. Sin embargo, algunos fenómenos pueden ser experimentados a lo largo de todo el proceso de duelo. Un ejemplo es la búsqueda de lo positivo, que puede incluir la experiencia temprana de realizar que el fallecido no sufrió físicamente y la compasión y cuidados de otros, mientras que reconocer un nuevo sentido de libertad puede aparecer más al final del proceso.

El diagrama provee triángulos adicionales para fenómenos adicionales que sean particulares al individuo

12 1 1 La Metafora del Mapa del Duelo

La premisa en que se basa el mapa es la metáfora de que el proceso de duelo es un camino. El mapa del duelo es el mapa de un posible camino a ser recorrido. La línea de tres partes es la ruta completa. El área bajo la línea representa el terreno. Allí los triángulos representan los fenómenos comunes como montañas en el viaje.

El sujeto en duelo es invitado a conceptualizar cada fenómeno de duelo como una montaña separada y visualizarse a sí mismo subiendo hacia arriba como su progreso en ese tema. Esto provee un constructo positivo para el manejo con los sentimientos negativos y ayuda a contrarrestar las actitudes sociales de que la persona en duelo no está afrontando o está quebrándose.

Los temas particularmente difíciles pueden ser reinterpretados como ascender un paso en una cara de la montaña y hacer progresos en una dimensión vertical. Algunas personas pueden sentirse atascadas o que van hacia atrás en su proceso de duelo. La gente que se ve a sí misma como que no progresa puede ser comparada con alguien que se aferra a una cara de la roca, lo cual en sí mismo demanda fuerza y coraje. Algunas veces el doliente se desalienta cuando descubre que hay más de

un tema emocional de lo que él originalmente había pensado. Esto es similar a alcanzar una cumbre y descubrir que puede haber otra a continuación.

El progreso por consiguiente puede ser conceptualizado tanto a lo largo del brazo horizontal del gráfico sino también en una dirección vertical encima de las montañas.

Como en un viaje, la distancia recorrida se retrasa por los asaltos verticales de las montañas. Por consiguiente, la distancia y velocidad con que se recorre el brazo horizontal puede variar de acuerdo a la naturaleza del terreno.

El mapa no está preestablecido. Provee al individuo con los medios para describir su experiencia como una guía. Cada individuo escoge su propia ruta. Podrían subir la montaña escogiendo su propio orden y combinaciones. Pueden ir hacia delante y hacia atrás, regresar repetidamente, eliminar montañas inapropiadas y añadir nombres de fenómenos personales en los triángulos sin temas. La realización de las elecciones puede ayudar a que regresen los sentimientos de control.

Los individuos también son libres de elegir su ruta hacia la montaña.

12 1 2 Las Montañas como Fenómenos

Algunos fenómenos de la sección izquierda y central del mapa se describen por sí mismas. Algunas necesitan menciones específicas.

Fatiga mental incluye la pérdida temporal de la concentración y la memoria y dificultades en la resolución de problemas del duelo. Tareas diarias se refiere a los deberes y responsabilidades diarios que pueden ser cosas personales como lavado y vestido, trabajo o relacionados con cuidados de la casa o el cuidado de otros incluyendo niños. El término "Cambios de Humor" ha sido usado más bien que por el nombre inapropiado de depresión. Este describe mejor la labilidad afectiva del duelo y lo distingue consistentemente del afecto bajo o depresión clínica.

Legado del pasado se refiere a duelos y temas traumáticos de existencia previa a la muerte tal como la recurrencia de duelos sobre pérdidas pasadas. Crisis de valores fue un término utilizado por Van der Wal (1989) que implica pérdida de la autoestima junto con una vanidad de cambios en las creencias sobre la autoimagen y temas existenciales tales como la dificultad en la toma de decisiones, prioridades y valores.

Sentido de Pérdida incluye el vacío creado por la pérdida mayor y las pérdidas secundarias a estas.

En el lado derecho del mapa, Nueva Relación con el Fallecido corresponde al Modelo Biográfico de Walters (1996) a la cuarta tarea de Worden (1991) de recolocar emocionalmente al fallecido y a las pistas de Rubins (1999) Relación con el fallecido, modelo de dos pistas del duelo.

Un miedo común de las personas en duelo es que el fallecido sea dejado atrás u olvidado, podría desaparecer en el mapa, el cual ayuda a

desarrollar nuevos conceptos de integrar la influencia del fallecido en su mundo psicológico y emocional

Crear una nueva vida a varios temas sociales prácticos de trabajo y financieros asociados con la estructuración de la vida sin la persona objeto o situación perdida Reconstruirse a si mismo incluye el aumento de la autoestima habilidades y confianzas como el reconocimiento y desarrollo de atributos personales y psicológicos Encontrar significado a la pérdida incluye nuevas direcciones resultantes de la integración de la influencia de la persona fallecida y del cambio en las prioridades y valores que vienen de la experiencia de pérdida (Neimeyer 1998) Por ejemplo algunas personas reconocen en ellas mayor empatía y sensibilidad hacia otros y consecuentemente asumen un rol de ayudar Crear propósitos se refiere a las actitudes y acciones adoptadas como resultado de un nuevo significado nuevo self y nueva vida

12 1 3 Lineamientos para el uso del mapa

- Subraye las montañas que sean relevantes para su viaje
- Borre las montañas que no se aplican a usted
- Hay alguna montaña que no tenga el nombre exacto que usted desea? Si es así reemplace el nombre que aparece y coloque el que usted desea
- Hay algun tema de su duelo que no aparezca en el mapa? Si es así ubíquelo bajo una de las montañas en blanco en la ultima fila

- Si alguna montaña es especialmente grande o difícil para usted dibújelo a la altura que usted crea que deba tener
- Rellene cada montaña hasta la altura que usted siente que ha logrado subir Por ejemplo si usted siente que a recorrido un poco de la montaña rellene un poco sobre la base o si usted siente que ha recorrido la mitad demuéstrelo completando la mitad inferior
- Ahora mire el mapa y pregúntese a si mismo
 - Qué temas he manejado?
 - Qué éxitos puedo identificar? Celebre sus progresos!!!
 - Qué temas todavía necesito trabajar?
 - Dónde necesito ayuda? Dónde puedo conseguir esa ayuda?

12 1 4 Aplicaciones Clínicas

El Mapa del duelo puede ser usado como una herramienta educativa evaluativa y terapéutica con individuos y grupos El uso del mapa complementa pero no reemplaza los enfoques terapéuticos tradicionales Puede ser completado dentro de una sesión de consejería o puede comenzar dentro de la terapia y ser terminado en casa En ambos casos el terapeuta debe primero explicar el propósito y la metáfora del mapa También podría explicar el significado de alguna de las montañas aunque para algunas de estos el significado personal puede ser obvio para el cliente

Para el terapeuta el mapa es una foto de los temas que debe encarar en la terapia y por dónde empezar. Por ejemplo si "Pensamientos Suicidas o Cambios de Humor" son subrayadas el terapeuta puede proceder a evaluar la severidad de estos.

Otro enfoque que puede ser usado después de dejar al cliente atravesar su proceso es pedirle que dibuje su propio mapa. Al invitar al cliente a poner etiquetas personales a los fenómenos, agrupar fenómenos relacionados juntos y al dibujar la altura de las montañas de acuerdo a su propia escala de intensidad, el mapa se convierte en un record personal del duelo en ese día.

El mapa también puede ser usado como una herramienta educativa al ayudar a las personas a entender su duelo. Por ejemplo la explicación de "Fatiga Mental" puede ayudarle a darle sentido a sus dificultades de concentración, toma de decisiones y memoria a corto plazo. También puede darle información adicional al manejo de sus emociones acerca de temas prácticos, sociales, conductuales y espirituales y tratarlos en el lado derecho del mapa.

El mapa puede además ser usado para identificar áreas prioritarias en el paciente, alertar al terapeuta sobre los nuevos constructores que pueden beneficiarlos y construir un plan de apoyo y soporte.

Finalmente el mapa puede ser usado como una herramienta de autoayuda. Usándolo como lo indican los lineamientos puede normalizar

sentimientos evaluar progresos reconocer logros y priorizar futuras intervenciones

12.2 Inventario de Experiencias en Duelo (García – García JA Trigueros MC Calvo P y Gaminde I Versión adaptada al castellano)

El inventario de Experiencias en Duelo (IED) consiste en 135 frases relacionadas frecuentemente con el duelo. Las frases y las respuestas verdadero / falso están impresas en el mismo folleto.

El IED puede ser administrado a grupos o a individuos. El proceso normalmente requiere unos 20 minutos. Las instrucciones están impresas en la cubierta del folleto y pueden ser leídas en voz alta al cliente. Los 135 ítems del IED dan puntuaciones en 12 escalas incluyendo 3 escalas de validez y 9 escalas clínicas. Además hay 6 escalas de investigación que pueden ser puntuadas pero aun no son recomendadas para uso clínico.

Las escalas IED se expresan como puntuaciones T. Una puntuación T es una puntuación estándar con una media de 50 y una desviación estándar de 10. La máxima puntuación T corresponde a la máxima intensidad de la conducta evaluada por la escala. Las puntuaciones T del IED no han sido normalizadas. Son transformaciones de las puntuaciones crudas.

12 2 1 Escalas de Validez

Estas escalas reflejan las actitudes hacia los cuestionarios tipo test incluyendo el control emocional y las respuestas inusuales. La escala de negación indica resistencia para admitir debilidades y sentimientos comunes pero indeseables socialmente. La escala de respuestas atípicas indica la tendencia a confirmar los ítems que menos del 25% de las personas del grupo control habían confirmado. Se seleccionaron tales ítems únicamente en base a la frecuencia con que se confirmaron. De esta forma la escala abarca una gran variedad de contenido. Algunos ejemplos son: Me siento culpable porque yo estoy vivo y él no (Verdadero) o Apenas tengo achaques (Falso). La escala de deseabilidad social refleja la tendencia a responder de un modo socialmente más aceptable. Algunos ejemplos de ítems de esta escala son: Después del fallecimiento sentí una gran necesidad de mantener el ánimo de los demás (Verdadero) o Siento que consolar a los demás me ayuda (Verdadero).

12 2 2 Escalas de Duelo

La escala de desesperanza evalúa el estado de ánimo del encuestado caracterizado generalmente por pesimismo en su actitud frente a la vida, sentimientos de desesperación o inutilidad, lentitud de acción y

pensamiento y baja autoestima Es la escala más larga y fiable de las escalas de duelo La escala de enfado / hostilidad indica el nivel que tiene un individuo de irritación rabia o sentimientos de injusticia La escala de culpa es una expresión de sentirse de alguna manera responsable de la muerte o de haber tenido algo que ver con ella La escala de aislamiento social muestra comportamientos caracterizados por el abandono de las responsabilidades y contactos sociales La escala de pérdida de control emocional indica la incapacidad de la persona para controlar la expresión de sus emociones La escala de Rumiación estima el tiempo que el doliente pasa pensando en el fallecido o preocupado con pensamientos acerca del fallecido La escala de Despersonalización / Embotamiento / Aturdimiento evalúa la insensibilidad el shock y la confusión en el duelo La escala de somatización evalúa el alcance de los problemas somáticos que ocurren cuando se está sometido a una experiencia estresante La escala de ansiedad ante la muerte evalúa la intensidad de la conciencia de muerte de cada individuo

12.2.3 Escalas de Investigación

Para los efectos de esta investigación estas escalas no serán tomadas en cuenta la misma está constituida por la escala de trastornos del sueño

escala de apetito escala de vigor escala de síntomas físicos escala de
optimismo / desesperación y la escala de dependencia

CAPÍTULO III

**PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS POR CADA
INSTRUMENTO Y TRIANGULACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

A TRIANGULACIÓN DE LA INTERVENCIÓN A TRAVÉS DEL MÉTODO DE LA PSICOTERAPIA DE TIEMPO

LIMITADO DE JAMES MANN

	Conflicto	Pre Test	Reconocimiento	Insight	Valoración	Pos Test
Melina Edad 43 años Sexo Femenino Religión Católica Estado Civil Soltera Ocupación y profesión Oficial de Cobros Universitarios Incompletos en Contabilidad Personas que conviven con ella edades parentesco Mamá – 63 Papá – 68	Rol fundamental del ego madre Conflicto central duelo no resuelto por la pérdida de la hija debido a dificultades en la aceptación de la pérdida y la expresión emocional Con utilización de defensas manifiestas En diciembre hice muchas cosas me metí al gimnasio manejé de nuevo salí a discotecas y tomé hasta emborracharme y además organicé la fiesta de los niños que hace la empresa todos los años No tuve mucho tiempo de pensar en Sthefani		Nivel de reconocimiento de la pérdida Más racional que emocional No quería abrir la puerta tras la cual se encontraba mi dolor por perder a mi hija lo he hecho y veo que ella está bien en paz y tranquila Pero yo aun no estoy lista para regalar todas sus pertenencias como me lo está pidiendo XXX (su nueva pareja) Y aun hablo de ella en tiempo presente aunque hayan transcurrido casi 5 años	Nivel de insight respecto al conflicto y al reconocimiento de la pérdida medio Me he dado cuenta que la gente creció mis sobrinos sobre todo No los miraba no me daba cuenta de la vida de ellos hasta ahora	Autonomía Preferí cortar por lo sano esas dos relaciones que tenía desde hacia mucho tiempo Y me fue bien Lo tomaron bien y yo me siento más libre Ya no necesito distraer mi dolor con esas relaciones insanas Culpa Sana Estoy tratando de pasar más tiempo con mis sobrinos Les he regalado algunas cosas que eran de Sthefany pero no todas Amor propio He mejorado no soy como era antes ya no tengo esa ansiedad ni esa angustia que sentía al principio pero aun no estoy lista para regalar todos sus peluches No puedo permitirle a XXX que me ponga condiciones para estar conmigo Él ha llegado a mi vida hace dos meses y por eso no se ha dado cuenta que yo he mejorado Si desea estar conmigo tiene que aceptarme tal como soy	

	Conflicto	Pre Test	Reconocimiento	Insight	Valoración	Pos Test
Xiomara	Rol fundamental del ego esposa		Nivel de reconocimiento de la pérdida Más emocional que racional	Nivel de Insight respecto al conflicto y al reconocimiento de la pérdida medio	Autonomía Quiero reorganizarme pero no sé por dónde empezar	
Edad 50 años					Culpa Sana Yo quería castigar a las hermanas de Alonso por eso no les dí su último escrito cuando me lo pidieron Pero ahora pienso que eso a mí no me sirve de nada y que ellas le pueden dar un mejor uso Yo me quedo con lo que él me dejó y con su recuerdo	
Sexo Femenino	Conflicto Duelo no resuelto por la muerte del esposo debido a dificultades para readaptarse a la vida luego de la pérdida		Tengo un desorden en mi cabeza Aunque voy a mi casa todos los fines de semana no estoy haciendo nada No sé por donde empezar	MI hermana gemela siempre me dice que el tiempo es el mejor bálsamo Ella se agarra de eso para no dejarme ir a mi casa con la mínima excusa que si está lloviendo que qué voy a hacer allá tan tarde No me deja ir Por eso me he ido enfriando	Amor propio Siempre he andado buscando el afecto de otros porque no tuve más hijos Y siento que la gente abusa de mí Pero yo no tengo por qué estar mendigando el amor o la compañía de los demás	
Religión Evangélica	Duelo por infertilidad					
Estado Civil Soltera por viudez						
Ocupación Profesora	creo que estoy bien pero no puedo estar sola desde que mi esposo murió hace un año No he podido regresar a mi casa y creo que eso es anormal					
Profesión Educadora						
de Orientación						
Personas que conviven con ella						
edades y parentesco						
Hermana gemela – 50 años						
Cuñado – 52 años						
Sobrino – 16 años						
Sobrino – 11 años						
	de qué me ha servido ser tan prejuiciosa cuando Alonso estaba vivo me dijo que si su semilla no servía que usara otro donante de espermias pero yo no quise porque sabía que la familia de él no iba a					

	aceptar (refiriéndose a las hermanas del esposo) ahora estoy sola sin una persona a la cual cuidar y mendigando la compañía de los demás					
	Conflicto	Pre Test	Reconocimiento	Insight	Valoración	Pos Test
Vicki Edad 35 años Sexo Femenino Religión Católica Estado Civil Casada Ocupación y profesión Asistente de Gerencia Financiera Licenciada en Mercadeo Personas que conviven con ella edades y parentesco Esposo - 40 años	Rol fundamental del ego hija Conflicto Duelo no resuelto por la muerte de su abuela quien hacía rol de figura principal de cuidados debido a dificultades en la aceptación de la pérdida y en la expresión emocional Duelo por enfermedad crónica (artritis) que le dificulta quedar embarazada (duelo por la renuncia de su maternidad) sufrí una pérdida muy importante de una		Nivel de reconocimiento de la pérdida Emocional y Racional Cuando mi abuela murió lloré desconsoladamente Mi esposo se me acercó para consolarme y yo le dije que él no era suficiente Mi abuela y yo habíamos peleado esa semana que murió pero aunque estaba más de allá que de acá ví que se le salieron unas lágrimas Yo sé que esa fue su forma de decirme que lo sentía	Nivel de insight con respecto al conflicto y al reconocimiento alto Cuando estoy en Chiriquí me siento cerca de mi abuela pero cuando regreso a Panamá tengo que hacer un esfuerzo para traerla conmigo No he hecho un esfuerzo conciente por soportar los dolores de mi artritis porque inconscientemente pienso que para qué si yo voy a regresar a mi vida de antes a Chiriquí con mi abuela Cuando estoy en Chiriquí no necesito tomarme el cíprami! Pero en cuanto	Autonomía Estoy asimilando que mi abuela ya no está y que no tengo su protección Culpa Sana Aunque mi abuela era la única que me aceptaba tal cual soy ella me enviaba mensajes que aun después de muerte escuchaba ("tanto que hice por ti") No quiero que esas voces me sigan dominando y eso no significa que no la quiera Amor Propio Se que me ha costado mucho aceptar la muerte de mi abuela porque ella era la única que me aceptaba con mis defectos pero yo debo continuar mi vida cuidar mi matrimonio y superarme profesionalmente	

persona que era mi vida y fuerza al perderla he perdido mucho mi seguridad y he adquirido un enorme miedo a quedarme sola situación que ha repercutido mucho en mi vida de casada. Cree posible que me puedan ayudar?

regreso a Panamá si lo tengo que hacer"

De los 3 casos analizados este tiene un mejor pronóstico debido a factores como la edad excelente capacidad de insight muy buen nivel de inteligencia y a diferencia de los casos anteriores Vicki tiene una relación nutritiva de pareja

B TRIANGULACIÓN DE LOS RESULTADOS A TRAVÉS DEL MAPA DEL DUELO

C	Pretest	R	I	V	Postest
Melina	<p><u>Fase de Irrealidad (Pérdida)</u></p> <p>Melina conserva tres reacciones propias de las fases iniciales del duelo a pesar de que han pasado casi cuatro años de la muerte de su hija. Estas tres reacciones son incredulidad, horror y fantasías y miedo. Percibe que estas tres reacciones son montañas muy difíciles de atravesar.</p> <p><u>Supervivencia</u></p> <p>En la etapa de supervivencia señala como una montaña muy difícil de atravesar la sensación de una vida perdida (refiriéndose a que su hija murió muy joven). Ha manejado la culpa y la rabia pero sólo un poco al igual que los cambios de humor. Sensación de asuntos inconclusos con su hija que se refieren principalmente a que su hija tenía muchos sueños que no pudo concluir como estudiar en la universidad y trabajar. Ha manejado un poco la pérdida de la confianza los pensamientos suicidas, la fatiga mental. Agrega a su mapa del duelo la presencia de negación y estancamiento marcándolos como presentes y trabajados solo un poco.</p>				<p><u>Fase de Irrealidad.</u></p> <p>No marca ninguna reacción correspondiente a esta fase. Lo cual es positivo porque se ha superado la sensación de irrealidad dando paso a la aceptación de la pérdida.</p> <p><u>Fase de Supervivencia.</u></p> <p>Percibe que ha manejado mucho más los sentimientos de culpa y rabia. Ha disminuido la percepción del grado de dificultad de la montaña referente a una vida perdida. Aun persisten los cambios de humor pero de acuerdo a su propia percepción ella ya los maneja mejor. La fatiga mental ya no es un problema para ella.</p> <p><u>Fase de Reorganización</u></p> <p>Marca como relevantes para su viaje todos los temas de esta fase lo cual se traduce en que Melina está dando los primeros pasos tendientes a una reorganización de su vida luego de la pérdida.</p>

	C	Pretest	R	I	V	Posttest
		<p><u>Fase de Reorganización</u></p> <p>Aunque no ha hecho grandes avances señala como relevante en su camino del duelo todos los puntos a que hace referencia esta etapa búsqueda de lo positivo crear una nueva vida crear nueva relación con el fallecido encontrar el significado de la pérdida reconstruirse a sí misma y crear un propósito para su vida</p>				
Xiomara		<p><u>Fase de Irrealidad (Pérdida)</u></p> <p>Xiomara conserva una reacción de esta fase la sensación de incredulidad a pesar de que su esposo murió hace poco más de un año</p> <p><u>Supervivencia</u></p> <p>En esta etapa Xiomara considera como montañas muy difíciles de atravesar en su proceso de duelo el cuestionarse continuamente cómo y por qué rechazo de la pérdida sensación de una vida perdida rabia cambios de humor sensación de asuntos inconclusos vergüenza crisis de valores culpable a otros aislamiento pérdida de la confianza herencia del pasado sentido de pérdida fatiga mental y agrega que ha</p>				<p><u>Fase de Irrealidad.</u></p> <p>No marca ninguna reacción correspondiente a esta fase Lo cual es positivo porque se ha superado la sensación de irrealidad dando paso a la aceptación de la pérdida</p> <p><u>Supervivencia.</u></p> <p>Las montañas que siguen siendo difíciles de atravesar son las de asuntos inconclusos crisis de valores pérdida de la confianza herencia del pasado y sentido de pérdida Ha logrado manejar mucho la rabia la culpa los cambios de humor Ha logrado manejar medianamente la vergüenza Sigue siendo relevante para ella pero no difícil el aislamiento y las tareas diarias Aparece un nuevo sentir la impotencia</p>

		sentido la necesidad de guardar las apariencias de no mostrar su dolor				<u>Reorganización.</u> Ya no percibe que las tareas de esta fase son difíciles Ahora cobran relevancia para ella pero sin la connotación de dificultad
	C	<u>Fase de Reorganización</u> Xiomara considera que para ella es muy difícil pensar en hacer una búsqueda de lo positivo crear una nueva vida y reconstruirse a sí misma	R	I	V	
Vicki			Pretest			Postest
		<u>Fase de Irrealidad.</u> Vicki conserva de las primeras etapas del duelo la fase de miedo a pesar de que han transcurrido 5 años de la muerte de su abuela Este sentimiento es percibido por ella con una fuerte dificultad para atravesarlo durante su proceso de duelo				<u>Fase de Irrealidad.</u> No marca ninguna reacción correspondiente a esta fase Lo cual es positivo porque se ha superado la sensación de miedo dando paso a la aceptación de la pérdida y a una sensación de mayor confianza en sí misma y los demás
		<u>Fase de Supervivencia</u> Los temas que son relevantes para ella en esta fase son una vida perdida rabia cambios de humor culpa asuntos inconclusos crisis de valores culpar a otros aislamiento pérdida de la confianza herencia del pasado y fatiga mental De especial dificultad para atravesar durante su duelo son los cambios de humor asuntos inconclusos y pérdida de la confianza De estos ha podido manejar sólo un poco los cambios de humor los asuntos inconclusos y la pérdida de la confianza				<u>Fase de Supervivencia.</u> Marca como tema difícil Pérdida de confianza Sigue presente cambios de humor Todos los demás temas han sido superados
						<u>Fase de Reorganización.</u> Todos los temas son relevantes para ella Lo cual es muy positivo sobre todo porque ha logrado cambios significativos en Búsqueda de lo Positivo y Reconstruirse a sí misma

<u>Reorganización</u>	<p>Para ella son relevantes todos los temas de la etapa de reorganización Pero sólo ha podido lograr de forma mínima buscar lo positivo a la pérdida de su abuela</p>		
------------------------------	---	--	--

C TRIANGULACIÓN DE LOS RESULTADOS A TRAVÉS DEL INVENTARIO DE EXPERIENCIAS EN DUELO

C	Pretest	R	I	V	Postest	Análisis Estadístico
Melina	Puntuaciones por encima de T 55 en las variables de Culpa Aislamiento Social y Rumiación Mental Despersonalización y Somatización La puntuación obtenida en la escala de Negación (T 67) sugiere rigidez falta de autocritica y la presencia de mecanismos de defensa por lo que su interpretación debe ser muy cuidadosa				La puntuación en la escala de Negación (T 75) nos indica de acuerdo a los parámetros dados por la prueba que es un perfil claramente no interpretable porque la persona es virtualmente incapaz de manejar los sentimientos experiencias o síntomas que considera inadecuados	Interpretación de la prueba H0 La distribución de las dos muestras no es significativamente diferente Ha Las distribuciones de las dos muestras son significativamente diferentes Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación alfa 0.05 se puede aceptar la hipótesis nula H0 El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es de 72.66% Se han detectado empatados en los datos y se han aplicado las correcciones apropiadas
C	Pretest	R	I	V	Postest	Análisis Estadístico
Xiomara	Puntuaciones por encima de T 55 en desesperanza enfado culpa aislamiento social pérdida de control despersonalización y rumiación y ansiedad				Puntuaciones por encima de T 55 en desesperanza culpa aislamiento social rumiación y ansiedad ante la muerte	Interpretación de la prueba H0 La distribución de las dos muestras no es significativamente diferente Ha Las distribuciones de las dos

	C	Pretest	R	I	V	Postest	Análisis Estadístico
ante la muerte							<p>muestras son significativamente diferentes</p> <p>Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación alfa 0.05 se puede aceptar la hipótesis nula H0</p> <p>El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es de 28.91 %</p> <p>Se han detectado empatados en los datos y se han aplicado las correcciones apropiadas</p>
Vicki		<p>dificultades en cuanto a la desesperanza enfado aislamiento social pérdida de control rumiación</p> <p>despersonalización lo cual se relaciona bastante con el conflicto de la paciente</p> <p>Las escalas de validez dentro de los rangos normales</p>				<p>Ha mejorado las puntuaciones en todas las variables</p>	<p>H0 La distribución de las dos muestras no es significativamente diferente</p> <p>Ha Las distribuciones de las dos muestras son significativamente diferentes</p> <p>Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación alfa=0.05 se debe rechazar la hipótesis nula H0 y aceptar la hipótesis alternativa Ha</p> <p>El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es menor que 0.39%</p>

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Información obtenida durante a aplicación de la Psicoterapia de Tiempo Limitado	Información Obtenida en el Mapa del duelo	Información Obtenida del IED
<p>Dos de los tres casos estudiados presentaron conflicto en la aceptación de la pérdida. En todo duelo esta es una tarea primordial sin la cual es imposible avanzar hacia la resolución mismo. Cabe destacar que ambos casos estaban relacionados con pérdidas de relaciones primarias uno era la pérdida de la hija y el otro la pérdida de la abuela (figura principal de cuidados). Ello nos muestra lo difícil que puede ser la sana elaboración de un duelo cuando se trata de pérdidas primarias de relación.</p> <p>El principal conflicto que atascaba la resolución del tercer caso era la inaccesibilidad experimentada por la participante a reorganizarse readaptarse a su nueva vida tras la muerte de su esposo. Ella ya había superado la fase de aceptación y expresión emocional pero se encontraba imposibilitada para reorganizarse. Este conflicto se reflejó principalmente en su dificultad para regresar a su casa y establecer el orden a las cosas que estaban allí dentro.</p> <p>En dos de los casos se establecieron metas terapéuticas posteriores a las doce sesiones de intervención que fueron diseñadas para esta investigación con el fin de facilitar la realización de las tareas pendientes de cada caso.</p>	<p>La utilización de este instrumento no sólo permitió establecer el duelo complicado en las participantes sino que también permitió un análisis de los resultados. La aplicación antes y después reveló tres temas importantes.</p> <p>En el caso de la participante cuyo duelo fue la pérdida de la hija ella aprendió a manejar mejor sus síntomas. En decir los mismos no desaparecieron pero el logro importante fue aprender a hacer algo con ellos.</p> <p>En el caso de la participante que perdió al esposo el tema conflictivo se observa en la fase de supervivencia que se caracteriza por un torbellino de sentimientos pensamientos y situaciones generados por la pérdida. El permanecer en esta fase de supervivencia es lo que ha limitado su reorganización.</p> <p>En un tercer caso cuya pérdida es la abuela (figura primaria de cuidados) se revela que el tema principal es la pérdida de la confianza. Perder al cuidador primario puede complicarse cuando ese vínculo ha proporcionado seguridad emocional económica psicológica espiritual.</p>	<p>Uno de los perfiles tuvo que ser descartado en el postest por las puntuaciones obtenidas en la escala de Negación lo cual indicaba que la persona estaba utilizando defensas muy rígidas para parecer más adecuado.</p> <p>Otro de los perfiles muestra que no hubo diferencias significativas antes y después de la aplicación del tratamiento.</p> <p>El tercer perfil indica que sí hubo diferencias significativas en las puntuaciones luego de la aplicación del tratamiento.</p> <p>En mi opinión como investigadora sí hubo cambios en los 3 casos y ellos pueden evidenciarse en la información obtenida de la aplicación de la Psicoterapia de Tiempo Limitado y del Mapa del Duelo. Por ejemplo la participante cuyo perfil del IED fue eliminado no marcó ningún síntoma de la fase de Inrealidad en la segunda aplicación del Mapa del Duelo. En la primera había marcado 3 de ellos casi 5 años después de la pérdida. Ello indica que de acuerdo a lo establecido por la propia participante en una prueba menos estructurada hubo avances positivos.</p>

<p>Un punto que favoreció los avances en los casos fue permitir la expresión emocional en un sitio seguro para hacerlo en donde ellas se sintieran libres y no juzgadas por lo que sentían o pensaban</p> <p>Uno de los casos inclusive llegó a manifestar mi duelo ha quedado atrás ahora mis conflictos son estos otros Esta participante tenía una gran capacidad de insight lo cual favoreció las intervenciones</p> <p>Otro caso aquí en el que la madre había perdido a su hija fue el más difícil desde mi apreciación como terapeuta de duelo El análisis de las variables que afectan el duelo indica que perder un hijo es una experiencia que puede provocar cuadros psicopatológicos como el Trastorno por Estrés Posttraumático Aunque el objetivo de esta investigación no es dictaminar un diagnóstico psiquiátrico considero que ha casi 5 años después de la muerte de su hija esta participante aun tenía síntomas de un TEP tales como imágenes de los últimos momentos de la vida de su hija Ella logró sobrevivir psicológicamente a esta pérdida por la presencia de mecanismos de defensa principalmente de negación y las defensas maníacas Hubo sesiones importantes en las que pudimos penetrar en esferas intocables para ella pero reconocemos que su elaboración del duelo tendrá un límite pues parte de su elaboración consiste en no profundizar en la experiencia</p>	<p>Aun cuando su duelo quedó atrás según ella misma expresó quedó un residuo de esa desconfianza en la vida reflejado en sus respuestas a este instrumento Se refleja una búsqueda de equilibrio para esta desconfianza en tratar de darle un significado a la pérdida para sí misma a través de la creación de una nueva vida junto a su esposo y en encontrar una nueva identidad para sí misma En este caso el tener una pareja es una importante fuente de apoyo</p> <p>En términos generales podemos señalar que en el posttest de todos los casos estudiados hay una fuerte necesidad de crear una nueva vida de reorganizarse de encontrar un aspecto positivo a la pérdida aunque reconocemos lo individual que puede ser esta apreciación para cada caso</p>
--	---

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Al finalizar esta investigación podemos llegar a las siguientes conclusiones

- 1 En los casos estudiados las variables que tienden a complicar el duelo son presencia de pérdidas previas no resueltas ego que ejerce un rol definido por el tipo de relación con la persona fallecida el aislamiento social de otros significativos lo cual limita la posibilidad de expresar los sentimientos y crear una red de apoyo social y familiar**
- 2 El no poder expresar los sentimientos ya sea porque se carece de otros significativos para hacerlo o bien porque la persona lo reprime dificulta la aceptación de la realidad de la pérdida y con ello se imposibilita el acceder a una sana elaboración del duelo caracterizada por la creación de nuevos vínculos el establecimiento de nuevos proyectos y metas que contribuyan a adaptarse a la vida luego de la pérdida**
- 3- Estas limitaciones en cuanto a la expresión emocional fueron las que propiciaron la presencia de síntomas propios de las etapas iniciales del duelo en procesos con más de un año de haber ocurrido la pérdida**
- 4 La principal defensa utilizada por las participantes de la investigación fue la Negacion**
- 5 Las 3 participantes evolucionaron favorablemente en las etapas de su duelo cada una de ellas con su propio significado pese a que todos eran**

duelos complicados Los síntomas no fueron eliminados sino que se aprendieron a manejar y ello es muy importante en el duelo ya que las emociones y sentimientos experimentados no pueden ser catalogados como malos o buenos Lo importante es lo que se hace con ellos

- 6 Cuantitativamente un caso sugiere cambios significativos en las puntuaciones de antes y después del tratamiento Cualitativamente todos los casos evolucionaron positivamente de acuerdo a mis anotaciones y observaciones como investigadora Las mismas pueden corroborarse con la observación de los instrumentos que aparecen en los anexos
- 7 Aunque el objetivo de esta investigación no es el dar un diagnóstico psiquiátrico se observó algunos síntomas de estrés postraumático en todos los casos Esos síntomas fueron principalmente las imágenes intrusivas de los últimos momentos de la persona fallecida
- 8 Un análisis de la personalidad de las tres participantes indica tendencia a establecer relaciones ambivalentes y ansiosas desde antes de la pérdida
- 9 Un análisis de la Vinculación sujeto – objeto de las tres participantes refleja que esta es de naturaleza ambivalente y además dependencia psicológica hacia las personas fallecidas
- 10-Las variables de personalidad y Vinculación sujeto – objeto han sido mayormente determinantes en la complicación del duelo que otros factores tales como el cómo de la pérdida

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- 1 Es preferible utilizar instrumentos menos estructurados para investigar el duelo complicado en personas con tendencia a la utilización de mecanismos de defensa principalmente la negación**
- 2 Continuar el proceso de terapia de duelo focalizado en los aspectos de readaptación a la pérdida que cada caso requiere**
- 3 Considerar como alternativa terapéutica los grupos de apoyo para fortalecer los resultados de la terapia individual permitiendo la escucha de otras historias similares que ayuden a internalizar el hecho de que no se ha sido el único en experimentar la pérdida (egocidio) Igualmente el grupo es una red de apoyo social necesaria para todos los casos que estudiamos que ayudará a prevenir el aislamiento**
- 4 Insertar a las participantes de esta investigación el taller de manejo emocional como aprender de la pérdida culpa rabia miedo asertividad y el perdón como herramientas de recuperación emocional**
- 5 En un sentido más académico sugiero que el duelo sea considerado dentro del plan de la carrera de Psicología Existen muchas investigaciones instrumentos referencias bibliográficas técnicas y estrategias para el manejo del duelo que justifican que se otorgue una materia que prepare mejor a nuestros profesionales en esta área Ello nos permitiría tener mayor impacto en nuestra sociedad y con toda seguridad gozaremos del respeto que nuestra profesión merece**

- 6 Establecer en todos los Hospitales Regionales Policlínicas y Centros de Salud los grupos de apoyo para manejar el duelo sobre todo en el interior del país dado que en esos sectores hay un importante vacío que puede ser llenado de esta manera Esta iniciativa ayuda a prevenir muchas complicaciones de naturaleza psicosocial que resultan de duelos no resueltos adecuadamente
- 7 Fomentar investigaciones en el campo del duelo en Panamá tales como la percepción del panameño acerca de la muerte aspectos psicosociales del duelo duelo y violencia duelo y consumo de alcohol y drogas duelo y depresión duelos crónicos duelos congelados duelo y juego patológico duelo perinatal duelo por infertilidad entre otros con el fin de crear un cuerpo de conocimientos que nos coloque en el mapa de los expertos en el tema

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

BOWLBY John *El Apego y la Pérdida* – 1 Ediciones Paidós 1998

CORR Charles A NABE Clyde M and CORR Donna M *Death and Dying*
Life and Living 3rd Edition Wadsworth 2000

DEWALD Paul *Psicoterapia Un Enfoque Dinámico* Ediciones Toray S A
1972

FREUD Sigmund *Duelo y Melancolía* Londres Hogarth 1917

KAZDIN Alan *Métodos de Investigación en Psicología Clínica* 3ra Edición
Prentice Hall 2001

KLEIN Melanie *Mourning and its relationship to maniac – depressive states*,
International Journal of Psychoanalysis 21 125 – 153 1940

LEVAV I y otros *An Epidemiologic study of mortality among bereaved*
parents New England Journal of Medicine 319 457 – 461 1988

MANN James *Time – Limited Psychotherapy* Harvard University Press
Cambridge Massachusetts 1973

NEIDIG J R Y P P DALGAS Parental Grieving and Perceptions Regarding Health Care Professionals Interventions Issues of Comprehensive Pediatric Nursing, nº 14 1991 págs 179 191

NEIMEYER Robert A Aprender de la Pérdida Ediciones Paidós 2002

PARKES C M Bereavement Studies of grief in Adult Life Madison Connecticut International Universities Press 1998

PENNEBAKER J W Confiding in others and illness rates among spouses of suicide and accidental death victims, *Journal of Abnormal Psychology* 93 473 – 476 1984

POCH Joaquin AVILA Alejandro Investigación en Psicoterapia La Contribución Psicoanalítica España Ediciones Paidós 1998

RANDO Therese A Treatment of Complicated Mourning Research Press 1993

SHNEIDMAN Edwin 'Death Current Perspectives' 2nd Edition 1980

SKINNER Cook Alicia and OLTHENBRUNS Kevin Ann Dying And Grieving 2nd Edition Harcourt Brace & Co 1999

TIZON Jorge *Pérdida, Pena y Duelo Vivencias, Investigación y Asistencia*

Espana Ediciones Paidós 2004

WORDEN J William *El Tratamiento del Duelo Asesoramiento Psicológico y
Terapia* Editorial Paidós 1997

WORDEN J William *Grief Counseling and Grief Therapy* 3rd Edition
Springer Publishing Company Inc 2002

ANEXOS

A HISTORIA CLINICA

1 Melina

Datos Generales

Edad 43 años

Sexo Femenino

Religion Católica

Estado Civil Soltera

Ocupación y profesión Oficial de Cobros Estudios Universitarios
incompletos en Contabilidad

Personas que conviven con ella edades y parentesco

Mamá – 63

Papá – 68

Informacion sobre la pérdida

Tipo de pérdida Hija

Fecha 11 de septiembre de 2003

Tipo de muerte natural repentina

Cuando Sthefany era niña los doctores le informaron a Melina que su hija podía padecer de Miastenia Gravis porque tenía un párpado caído pero no tenía otras manifestaciones de esta enfermedad por lo que los médicos no estaban seguros

A los 17 años de edad como consecuencia de la Miastenia Gravis (la cual fue corroborada luego de su muerte) sufre 2 paros respiratorios Después del primer paro respiratorio cae en estado de coma Muere al darle el segundo

Motivo de Consulta

Duelo no resuelto por la pérdida de la hija debido a dificultades en la aceptación de la pérdida y la expresión emocional Con utilización de defensas maníacas

Antecedentes Personales

Melina es la segunda de tres hermanos Es la única mujer Sus padres son oriundos de la provincia de Coclé específicamente del Valle de Antón Realizó sus estudios primarios en el Colegio Maria Inmaculada gracias a una beca que le fue otorgada por sus buenas calificaciones Cuando llegó el momento de hacer el cambio a la escuela secundaria decidió estudiar en el Colegio José Antonio Remón Cantera porque quería relacionarse con personas de condición social más baja pues estaba cansada de las niñas ricas según sus propias palabras

Ella inició estudios de contabilidad una vez que se graduó sin embargo no terminó la universidad

Un hombre que conoció a la edad de 25 años y él de 42 le ayudaba económicamente con la manutención de su hija En esta relación amorosa aquel hombre sólo pedía a cambio que ella fuera exclusiva con él en lo sexual

Reacciones ante la Pérdida

A raíz de la muerte de su única hija de modo repentino el 11 de septiembre de 2003 Melina acude a buscar ayuda profesional el día 2 de octubre de ese mismo año. Se presenta a la consulta en estado de negación narrando los hechos de forma disociada con la emoción acompañante. Es decir no hay ningún tipo de reacción emocional en su primera entrevista.

Melina recibe 6 atenciones dentro de la institución y posteriormente es referida al grupo de apoyo de padres en donde su tratamiento es continuado por otros terapeutas en un periodo de 3 años. En vista de que su disociación ideoafectiva persiste se decide referirla a terapia individual con un psiquiatra con el objetivo adicional de verificar la necesidad o no de medicarla.

En el 2004 su psiquiatra observa en ella conductas obsesivo – compulsivas con el orden y la limpieza de fotos, cartas y dibujos hechos por su hija. Ella está tomando Triptanol 25 mg bid y Nervol en jarabe.

En el 2005 otro psiquiatra le diagnosticó Ataques de Pánico y le receta Fluoxetina (20 mg am), Spiron (1 mg HS) y Tafil (PRN).

Las anotaciones en el expediente son coincidentes en cuanto a la falta de empatía hacia otros en el grupo de apoyo, la disociación ideoafectiva, las defensas maníacas, el afecto inapropiado y el lenguaje desorganizado. Pero también llegan a observarse en la paciente momentos en los que establece empatía hacia el grupo y en los que se conecta emocionalmente.

Melina permanece hasta el mes de octubre del año de 2006 recibiendo simultáneamente atención psiquiátrica y terapia grupal. Para esta misma fecha se discute el caso, dado que la paciente no evidencia una readaptación luego de la pérdida, y se toma la decisión de que vaya a terapia individual únicamente.

En la actualidad, Melina ya no padece de Ataques de Pánico, pero sí presenta una sintomatología psicosomática caracterizada por dolores de cabeza, inflamación de vena de cara facial izquierda, cansancio acusado.

Diagnostico Multiaxial

Eje I Duelo Complicado

Ataques de Pánico

Eje II Defensas maniacas Negación Represión

Eje III Dolores de cabeza inflamación de vena en cara facial izquierda cansancio acusado

Eje IV Familia poco capaz de contener y ayudar soporte social percibido como inadecuado recursos personales insuficientes para enfrentarse a la pérdida

Eje V 41 – 50 Síntomas graves (consumo de alcohol aislamiento rituales obsesivos relacionados con pertenencias de la hija fallecida varios años después de la pérdida)

2 Vicki

Datos Generales

Edad 35 años

Sexo Femenino

Religión Católica

Estado Civil Casada

Ocupación Asistente de Gerencia Financiera

Profesión Licenciada en Mercadeo

Personas que conviven con ella edades y parentesco

Esposo – 40 años

Información sobre la pérdida

Tipo de pérdida Abuela

Fecha 19 de abril de 2002

Tipo de muerte natural repentina

Motivo de Consulta

Sufri una pérdida muy importante de una persona que era mi vida y fuerza al perderla he perdido mucho mi seguridad y he adquirido un enorme miedo a quedarme sola situación que ha repercutido mucho en mi vida de casada Cree posible que me puedan ayudar?

Antecedentes Personales

Vicki nació en la provincia de Chiriqui cuando su mamá tenía 22 años y su papá 19 años. Él no la reconoció legalmente por lo que Vicki lleva únicamente el apellido de su mamá. Desde los 6 meses de edad vive con sus abuelos maternos ya que su mamá conoció a otro hombre con el que se casó y tuvo tres hijos con los cuales ella no ha tenido mucha relación. Conoció a su papá a la edad de 19 años por un esfuerzo de la abuela para que conociera a la familia de su papá.

Cuando la participante era una niña acostumbraba a hacer berrinches para atraer la atención de su abuela. De esta manera buscaba sentirse segura de que su abuela quería estar con ella ya que en su mente infantil entendía que sus padres no querían estar con ella. En el presente ella hace este tipo de berrinches con su esposo con el mismo fin.

En la adolescencia se le diagnosticó Artritis. Utilizó en múltiples ocasiones los síntomas de esta enfermedad para no hacer las cosas que le desagradaban como decir que tenía dolor cuando no era cierto. Fue una adolescente muy aislada.

Al morir su abuela se encontraba viviendo en Panamá y su único apoyo emocional fue su esposo.

Reacciones ante la Pérdida

En el año 2002 estuvo en terapia con una psicóloga y una psiquiatra por depresión a raíz de la muerte de su abuela. Dejó de asistir por problemas económicos. Actualmente está tomando Cipramil.

Desde la muerte de su abuela, un mes después de haberse casado, ve su casa como un hotel porque algún día regresará a su vida de antes en Chiriquí cuando estaba su abuela. Esto ha repercutido en su matrimonio; no tiene deseos de arreglar su casa ni hacer un esfuerzo por tener amistades.

Hasta antes de la pérdida de su abuela, Vicki se definía a sí misma como una mujer con confianza y seguridad en sí misma. Al sufrir la pérdida comenzó a tener dificultades para confiar en sí misma al mismo tiempo que se aisló de situaciones interpersonales. Su esposo constantemente la animaba a salir con sus amigas, pero esto no ocurría. Debido a ello estableció codependencia hacia su esposo.

Señala que su abuela es como una presencia transparente en su vida. Siente que cuando va a Chiriquí se siente más cerca de ella y cuando viene de regreso para Panamá debe hacer un esfuerzo para "traérsela con ella".

Diagnostico Multiaxial

Eje I Duelo

Depresión

Eje II Negación Represión

Eje III Artntis

Eje IV Problemas conyugales

Eje V 51 – 60 Dificultades moderadas en la actividad social y laboral (pocos amigos conflictos con companeros de trabajo)

3 Xiomara

Datos Generales

Edad 50 anos

Sexo Femenino

Religion Evangélica

Estado Civil Soltera por viudez

Ocupación y profesion Educadora Profesora de Orientación

Personas que conviven con ella edades y parentesco

Hermana gemela – 50 años

Cuñado – 52 años

Sobrino – 16 años

Sobrino – 11 años

Información sobre la Pérdida

Pérdida esposo

Fecha 18 de enero de 2006

Tipo de muerte Por enfermedad

Xiomara acude a recibir terapia por la muerte de su esposo el 15 de noviembre de 2005 a consecuencia de una metástasis de Ca de Colon. Ella lo cuidó durante el año que duró su enfermedad. Al morir su primera reacción fue irse de su casa y durante las primeras semanas y meses posteriores a la

pérdida fueron de un estado de profunda tristeza ensimismamiento y aislamiento Una chica estudiante de la carrera de psicología la visitaba en casa de su mamá y hablaba con ella

En este momento ya no se deprime tanto como al principio pero si tiene un humor irritable la mayor parte del tiempo y está preocupada porque aun no regresa a su casa

Motivo de Consulta

Creo que estoy bien pero no puedo estar sola desde que mi esposo murió hace poco más de un año No he podido regresar a mi casa y creo que eso es anormal (Actualmente vive en casa de su hermana gemela)

Antecedentes Personales

Xiomara se casa a los 29 años con el que fue su esposo por 20 años Alonso Alonso era profesor universitario y venía de un divorcio por infidelidad de su pareja anterior En esta primera relación tuvo 4 hijos

Lo que le atrajo a la paciente de Alonso era su inteligencia y su formalidad ya que ella había tenido 3 novios anteriores contemporáneos con ella pero que no querían un compromiso como el que ella buscaba

Xiomara al igual que su esposo viene de una familia de educadores

Actualmente ella es profesora en un colegio de la ciudad capital y se siente a gusto con lo que hace

Sus polos de interés son el visitar almacenes y hacer compras de chucherías de forma compulsiva. Niega episodios psicopatológicos previos.

Durante los primeros 10 años de matrimonio estuvo bajo tratamiento ginecológico para quedar embarazada. Tuvo dos abortos: el primer aborto se dio de forma natural en cuanto a que no hubo estímulos aparentes. Pero el segundo sucedió después de una fuerte discusión con su esposo fallecido que le dijo que si ella pensaba si con un hijo lo iba a retener. La empujó y la envolvió en una sábana; su histeria fue tal que tuvo el aborto.

Luego de los abortos se sometió a tratamientos de infertilidad que la sobreestimularon hormonalmente por lo que tuvo que ser operada de quistes que le salieron a raíz de la sobreestimulación.

Reacciones a la pérdida

Una vez que su esposo falleció, Xiomara se fue a vivir a casa de sus padres. Lloraba frecuentemente, se desconectaba del mundo, hablaba mucho de su esposo. Al mes de estar en la casa de los padres se trasladó a vivir a casa de su hermana gemela por dificultades con su madre. Allí ha permanecido durante un año y cuatro meses.

Su principal dificultad ha sido tomar la decisión de regresar a su casa porque es un lugar que está lleno de recuerdos que la hacen rememorar momentos vividos con él constantemente.

Llora con frecuencia, presenta problemas para dormir y come en exceso según dice por ansiedad.

Emocionalmente está irritable es menos tolerante a los comentarios de los demás Se siente muy enojada principalmente con las hermanas de su esposo

Trata de llenar el vacío que dejó su esposo complaciéndose con cosas materiales igual a como trataba de llenar su vacío por no haber tenido hijos

En la actualidad va todos los fines de semana a su casa y hace un poco de limpieza pero reconoce que aun no ha podido organizarse bien en ocasiones no sabe por donde empezar

Diagnóstico Multiaxial

Eje I Duelo Complicado

Eje II Negación compensación

Eje III Ninguno

Eje IV Cambio de residencia conflicto con hermana economía insuficiente apoyo social y familiar insuficiente presencia de duelos previos no resueltos (abortos) soporte social percibido como inadecuado haber cuidado a la persona fallecida por más de seis meses

Eje V 51 – 60 Dificultades moderadas en la actividad social familiar y laboral

B RESUMEN DE LAS SESIONES

1 Melina

Sesion 1 (4 de diciembre de 2006)

En esta sesión comenta acerca del cómo de la muerte de su hija. Narra las experiencias vividas en el hospital cuando los doctores no daban con un diagnóstico para la condición de su hija: sus paros cardíacos, el estado de coma, los gestos que hizo su hija en sus últimos días. Se despidió de su hija en la morgue del hospital. Allí lloró mucho, abrazó y besó su cuerpo. Mencionó que temía que si no se portaba bien (se refiere a no llorar) no la dejarían estar en el funeral de su hija, el cual ella planeó muy bien.

Después de esta primera expresión emocional, Melina congeló sus sentimientos por el estado en que vio a sus padres. Señaló que durante el primer año lloró mucho, pero con temor a que le dieran sus crisis de ansiedad (después se le diagnosticó Ataques de Pánico) y no contar con alguien que la apoyara en esos momentos.

Hace referencia a experiencias místico – religiosas.

Sesión 2 (17 de enero de 2007)

En esta sesión la paciente señala que ella misma no desea pensar en que su hija está muerta, aunque hayan pasado casi 4 años. Ella ha decidido no abrir la puerta tras la cual se encuentran sus sentimientos con respecto a la

muerte de su hija porque es una experiencia muy profunda no tengo ganas de hacer nada Señala que después de todo este tiempo transcurrido ha comenzado a darse cuenta que la gente creció refinándose a sus sobrinos

Diciembre de 2006 fue un mes muy importante para ella ya que comenzó a hacer cambios externos en su vida decidí bailar manejar pintarme el pelo salir con amigos meterme al gimnasio tener un esposo empezar”

Señala que está padeciendo dolores de cabeza mareos frecuentes desorientación en el trabajo dolores en la cara por inflamación de un nervio

Sesión 3 (28 de febrero de 2007)

Sus dolores de cabeza han disminuido Está saliendo con Toni un amigo que no veía desde hace 23 años y que tiene una relación de pareja con otra mujer Dice que está enamorada que quiere tener un hijo y que está dispuesta a enfrentar a su mamá si se sigue oponiendo a la relación con él Habla poco de su hija y de su duelo por la muerte de ésta

Sesión 4 (14 de marzo de 2007)

En esta sesión Melina se centra en hablar de su nueva relación Esta relación es otro intento de Melina para distraerse de su duelo y no pensar en que su hija no está ya que él se la recuerda según ella misma expresó Vuelve a decir que desea tener un hijo con él Habla acerca de otras dos relaciones Una con un compañero de trabajo que la busca muy esporádicamente y otra es una

relación que Melina mantiene desde hace 19 años con un hombre 20 años mayor que ella Ninguna de estas dos relaciones está formalmente terminada

Sesión 5 (21 de marzo de 2007)

Comentó que durante el fin de semana se quedó sola en casa ya que sus padres se fueron para el Valle Aprovechó para sacar toda su música y desde las 5 30 a m estuvo escuchando baladas para poder llorar a su hija En especial le gusta escuchar la canción *Si no te hubieras ido* de Los Bukis

Habla por primera vez de terminar la relación con Ton porque esa relación le hacía daño desde que él mencionó a su esposa Señala que se siente sola y usada por sus tres parejas También habló de terminar con Mauncio y Sebastián sus otras dos parejas Para ella es más difícil terminar con Ton porque con él es diferente él se deja hacer las mismas cosas que le gustan a Sthefany abrazarlo darle masajes en la nuca

Hoy la confronto más con la aceptación de la pérdida Responde que si acepta se puede morir

Sesión 6 (12 de abril de 2007)

El aspecto de Melina en esta sesión se observa desarreglado Suspendió sus medicamentos (Fluoxetina y Tranquinal) hace una semana sin consultarlo con el médico Trajo a sesión una foto de su hija cuando tenía 7 años y otra cuando tenía la edad en que murió (17 años) ambas en el mismo portarretratos Puse las fotos frente a ella y cuando las estuvo mirando comenzó a llorar

alternando su llanto con una risa nerviosa. Decía que era muy injusto que su hija estuviera muerta.

Durante la última semana también estuvo tomando licor, pero decidió que no quería seguir por ese camino.

La relación que mantiene con Toni es un distractor para no sentir ni pensar en su hija. Manifiesta mucho dolor ante la actitud de sus padres y demás familiares porque no hablan de Sthefany.

Uno de los aspectos que ha influido en la complicación de este duelo es el aislamiento de Melina, ya que ella no confía en nadie, no habla con nadie de lo que siente.

Sesión 7 (16 de abril)

Melina comienza a darle un sentido más real a su relación con Tony. Hoy reconoce que fue ella quien estuvo confundida desde el principio diciéndole a todos que él era su novio, pero hoy dice que ellos en realidad son amigos y que desea recibirlo en su casa.

Melina está más contactada emocionalmente. Hoy lloró en la sesión porque reconoce que su hija ya no está, y a diferencia de la sesión anterior, no fue necesario tener un objeto de su hija para ayudarse a entrar en contacto con sus sentimientos. Dice que en mayo se irá para su casa del interior y allí va a llorar todo lo que no ha llorado a su hija, porque desea hacerlo sola. Aun sigue resentida con su familia porque nadie habla de Sthefany.

Reconoce que la forma como estuvo tomando hace unos meses fue una conducta autodestructiva para ella

Aun observamos en una hora de sesión cambios bruscos en su estado de ánimo que van de las defensas maniacas a las depresivas

Sesion 8 (23 de abril de 2007)

A raíz de la sesión anterior Melina decide hablar con su padre acerca de sus sentimientos También decide acercarse a una sobrina de la que se alejó luego de la muerte de Sthefani Manifiesta sentirse lista para entrar en contacto nuevamente con las compañeras de colegio de Sthefani Hoy se dedica la mayor parte de la sesión a hablar de su hija

Sesion 9 (30 de abril de 2007)

Con el antecedente dado por la paciente en sesiones anteriores sobre una puerta cerrada para referirse a no querer enfrentar su duelo hoy la paciente decide enfrentarse a esa puerta a través de una visualización Descubre que esa puerta está abierta y lo que encuentra tras esa puerta es la recámara de su hija y ésta sentada sobre la cama La ve bien tranquila El estar allí le produce paz Al solicitarle que se despidiera de su hija y la deje ir Melina reporta que esto también la hace sentirse en paz Esta paz es visible en el rostro de la paciente

Al terminar le transmito que no es necesario tener intacta la recámara de su hija 4 años después de su muerte para sentirla cerca

Sesión 10 (3 de mayo de 2007)

Melina se presenta con un aspecto muy desarreglado. Se ve cansada, no ha dormido bien y no tiene apetito. Está desorientada y no recuerda que hace unos días estuvo en sesión conmigo. Le sugiero que busque un control psiquiátrico para sus medicamentos.

Debido a su cansancio, no es posible completar la sesión y se reprograma la cita.

Sesión 11 (7 de mayo de 2007)

Melina llamó para cancelar la cita porque su mamá está teniendo problemas de salud.

Sesión (10 de mayo de 2007)

No asistió por enfermedad de la mamá.

Sesión 12 (14 de mayo de 2007)

Melina estuvo celebrando su cumpleaños el día de ayer. Recibió 65 llamadas, lo cual la ha hecho sentir muy bien. Pronto saldrá de vacaciones para las cuales ha planeado irse al Valle de Antón. Hoy he sido más incisiva en cuanto a repartir las pertenencias de Sthefani y se evaluará en la sesión próxima los resultados.

Conversamos sobre la utilidad de la terapia y señala que ahora tiene menos miedos y que ha sido bueno para ella expresar sus sentimientos. Le pregunté sobre su aceptación de la pérdida y señala que sí lo ha hecho.

De acuerdo a mis impresiones clínicas Melina es una buena candidata para una terapia a largo plazo en la que pueda trabajar su dificultad para terminar relaciones de pareja insanas e independizarse de sus padres, tema que tocamos hoy en sesión y que ella está dispuesta a hacer una vida separada de sus padres ya que aun vive con ellos.

Sesión 13 (5 de junio de 2007)

Conoció a Omar, un hombre que le presentó su prima. Han salido varias veces y él le ha manifestado sus deseos de tener una relación seria con ella y tener un hijo. Los padres de Melina lo aceptan bien porque según Melina él sí tiene bienes materiales. Sin embargo, Melina señala que si Tory le dice que se quede con él, ella es capaz de no volver a salir con Omar.

También está preocupada por Tory porque ha estado muy deprimido y teme que él se quite la vida.

Melina señala que sus síntomas han vuelto después de tres meses de no tenerlos. Estos síntomas son de ansiedad tales como falta de aire, dolores de cabeza, opresión torácica y de garganta. Ella piensa que han vuelto porque ya no está distraída de su duelo con Tory.

Sesion 14 (28 de junio de 2007)

Comienza la sesión haciendo referencia de todas las cosas que han pasado en estas semanas en que no ha venido a terapia. Habló con Don Mauro y con Sebastián a ambos les indica que tiene una nueva relación en su vida y han quedado como amigos. Se siente más tranquila porque observa que Tory no se ha deprimido y también está mas tranquilo.

Los síntomas de ansiedad se han ido intensificando. El ultimo episodio de ataque de pánico lo tuvo después de haber abierto el clóset de Sthefany del que cambió algunas cosas de posición y otras pocas las sacó y las regaló. Omar le dijo que ella no había hecho nada que tenía que regalar y sacar más cosas.

Le dijo a Melina que la habia estado observando cómo trataba a sus padres y a sus sobrinos de forma distante que era una manipuladora y que todos en su familia la trataban como a una niña. Le dijo que cómo era posible que su terapeuta no se diera cuenta que es manipuladora y que no creía en la terapia que estaba tomando. Y por ultimo le señaló que si no cambiaba en 15 días él no podia seguir con ella.

Melina se sintió presionada pero reacciono de forma infantil. Ella hará lo posible por hacer los cambios que esten a su alcance y que reconoce que son positivos como acercarse más a sus familiares lo cual había sido conversado en sesiones anteriores. Le sugerí que converse con él a fin de plantear la situación de una forma más realista y sin presiones.

Sesion 15 (5 de julio de 2007)

Hoy Melina señala que está durmiendo muy bien Su aspecto mejora cada día Dice Lloro cuando quiero Habló con su nueva pareja y le dijo que ella ha cambiado mucho y que él no lo sabe porque acaba de conocerla y que no la presione puesto que él es libre de irse o de quedarse pero que la acepte como es Le prometió que haria todo lo que estuviera en sus manos para ser mejor persona pero sin presiones

Hoy comenta que ha regalado otras cosas de su hija para que Omar las distribuya a los niños pobres Y finaliza diciendo “tenía 30 muñecos (y algunos son míos no de Sthefani) ahora quedan 12)

Sesión 16 (12 de julio de 2007)

Esta sesión se utiliza para entregar a Melina los resultados de las pruebas aplicadas Cierro con las palabras de la propia Melina He mejorado

2 Vicki

Sesión 1 (12 de febrero de 2007)

Vicki acude a esta primera sesión señalando que la muerte de su abuela la ha convertido en una persona muy insegura. El psicólogo de su esposo le dijo que ella se ha hecho codependiente de él.

Vicki nació en la provincia de Chiriquí cuando su mamá tenía 22 años y su papá 19 años. Él no la reconoció legalmente por lo que Vicki lleva únicamente el apellido de su mamá. Desde los 6 meses de edad vive con sus abuelos maternos ya que su mamá conoció a otro hombre con el que se casó y tuvo tres hijos con los cuales ella no ha tenido mucha relación.

Conoció a su papá a la edad de 19 años por un esfuerzo conciente de la abuela para que conociera a la familia de su papá.

En el año 2002 estuvo en terapia con una psicóloga y una psiquiatra por depresión a raíz de la muerte de su abuela. Dejó de asistir por problemas económicos. Actualmente está tomando Cipramil. Padece de Artritis.

Sesión 2 (26 de febrero de 2007)

Acude a cita señalando que está muy ansiosa porque su esposo le había hablado de separarse. Desea que el tiempo transcurra muy rápido para ver los resultados de la terapia y resolver sus conflictos.

Hablo de la fidelidad que le exigía a su abuela y de la falta que le hizo su mamá durante su adolescencia Al momento en que su abuela murió ellas estaban peleadas

Sesión 3 (6 de marzo de 2007)

En el día de hoy señala que se siente mejor que la semana pasada aunque tuvo una pelea con su esposo Hace una analogía entre la conducta que tiene con su esposo y la conducta que tenía con su abuela hacer berrinches como una forma de lograr que le digan que ella es importante y que ellos estarán allí para cuando los necesite

Persiste su inseguridad y su aislamiento social a pesar de que su esposo le dice que salga con sus amigas

Descubre que guarda la esperanza de volver a su vida de antes en Chiriquí como cuando su abuela estaba viva

Sesión 4 (12 de marzo de 2007)

El tema central de esta sesión se centró en su larga lista de miedos que ha tenido desde siempre pero que se han acentuado con la muerte de su abuela Tiene miedo a sus crisis de artritis a estar sola a que su economía sea insuficiente y a pedir ayuda pues considera que ella debiera bastarse a sí misma para resolver sus problemas

Descubrió que sus miedos a quedarse sola vienen de experiencias en la infancia con su mamá que provocaron un apego ansioso con ella

Perder a su abuela significó perder a la única figura estable su fuente de seguridad. Siente como si una parte de ella se hubiera muerto con su abuela.

Sesión 5 (19 de marzo de 2007)

Comenta sobre reacciones como ansiedad, palpitaciones, problemas para dormir, pecho apretado ante el quinto aniversario de fallecimiento de su abuela el día 19 de abril. La semana que estuvo en Chiriquí no se tomó el Cipramil porque considero que no lo necesitó.

A través de la artritis Vicki reconoce que ha manipulado desde que se le fue diagnosticada primero a su abuela y ahora a su esposo, quien a su vez no se ha dejado manipular por la enfermedad. Recuerda cómo han sido sus crisis: el no poder levantar las manos, no poder ir al baño sola y todos los inconvenientes que la enfermedad le ha causado en su vida. Hace dos años intentó quedar embarazada tomando un tratamiento para limpiar su organismo, sin embargo sólo pudo tolerar el dolor por un mes. Reconoce que la enfermedad le ha ocasionado muchas otras pérdidas, incluyendo su imposibilidad de ser madre, lo cual le ha generado mucha rabia.

Sesión 6 (26 de marzo de 2007)

En la relación entre Vicki y su abuela se acostumbró a utilizar el control a través de la manipulación por parte de ambas. Su abuela le enviaba mensajes como "tanto que hice por ti, cría cuervo y te sacarán los ojos". Estos mensajes

aun le siguen llegando a Vicki a pesar de que su abuela lleva 5 años de fallecida

Hoy trabajamos la forma como ella puede confrontar esta culpa y vimos cómo cada aniversario de su abuela le genera síntomas de ataques de pánico como resequedad en la boca pecho apretado problemas para respirar y tragar y vimos cómo cada año ha ido evadiendo estas fechas

Sesión 7 (4 de mayo de 2007)

Vicki manifiesta que se siente un poquito acelerada Tiene conflictos de pareja con su esposo y ha pensado en colgar los guantes y divorciarse Durante la sesión señala no tengo a nadie que me apoye por eso traigo a mi abuela a la mente me agarro de ella porque no tengo a nadie

A pesar de que en las sesiones anteriores habia conversado sobre los conflictos con su esposo es la primera vez que expresa emocionalmente lo que siente por dichos conflictos

Sesión 8 (10 de mayo de 2007)

Se siente más tranquila con respecto a los conflictos con su esposo Sin embargo se abrio a conversar sobre los conflictos con la familia de su esposo principalmente su suegra y el cuñado

Habló nuevamente sobre su necesidad de ser aceptada y amada por algunas personas y las culpas que siente cuando no da una respuesta de acuerdo a como piensa que debió darla

Conversamos sobre su rigidez para plantear las soluciones a los problemas que se le presentan sobre todo con la familia de su esposo

Observo que Vicki avanza en su proceso terapéutico. Es capaz de darse cuenta de su problema y de la naturaleza del mismo. Tiene una excelente capacidad de insight. Su mayor dificultad está en comenzar a hacer los cambios, sin embargo, es muy prematuro para ver esta dificultad como un problema, ya que es un proceso.

Observamos cómo sus conductas están fuertemente influidas por dos eventos significativos: el abandono de su mamá y la relación con su abuela, de quien Vicki ha copiado muchos patrones.

Sesión 9 (15 de mayo de 2007)

Vicki comienza a enfrentar situaciones que antes evitaba. Señala que se da cuenta de que vale mucho como persona, a sentirse más segura de sí misma y de sus derechos, sobre todo en el plano laboral.

Desea hacer cambios importantes en su vida, con el fin de ir logrando aquellas cosas que siempre ha deseado pero que por temor no se atrevía a buscar.

Comenta hoy sobre los conflictos de relación en su ambiente de trabajo, cómo es tratada por sus compañeras y gerentes de la empresa, y cómo esto le afecta emocionalmente. Ella es capaz de ver también las cosas que hace para incomodar a los demás. Hablamos sobre la importancia hacia un compromiso.

de cambio consigo misma que vaya más allá de darse cuenta de sus errores o fallas y hacer algo al respecto

Sesión 10 (4 de junio de 2007)

Vicki regresó hoy a la terapia luego de dos semanas de haberse ausentado por enfermedad. Estuvo bastante desesperanzada en cuanto al tema de la relación con su esposo; sin embargo, señaló que ya está asimilando que su abuela no está y que ya no tiene su protección.

Luego de este comentario, la sesión se centró en la problemática de su relación de pareja. Señala que se ha imaginado cómo sería una vida sin él a su lado, pero ella no quiere una separación ni un divorcio.

Señala que gran parte de su dificultad se debe a que ella nunca se ha dejado de ninguna de sus parejas. En la siguiente sesión se explorará de dónde viene esta necesidad de defenderse de los hombres.

Sesión 11 (18 de junio de 2007)

Hoy examinamos la influencia de sus experiencias infantiles en su conducta como adulta. Existe un nexo entre su conducta defensiva de la infancia con su necesidad actual de no dejarse de los demás. Siente que aprendió a no quedarse callada para que no la lastimaran y que debido a ello se ganó la etiqueta de orgullosa y arrogante por parte de muchas personas, entre ellos familiares, compañeros de trabajo y algunas personas de la familia de su esposo.

Le señalo que sus conductas defensivas fueron utiles en su infancia y que ella ya no necesita tener una respuesta preparada para los demás ahora que es adulta. Conversamos sobre las consecuencias que su conducta ha tenido en su vida.

Hace referencia que la unica persona que la aceptaba a pesar de su actitud era su abuela.

Sesión 12 (25 de junio de 2007)

Está muy enojada porque le solicitó a su jefe un aumento y él le dijo que iba a hacer todo lo posible para conseguirlo con el dueño de la empresa pero que todavía había mucha gente que le informaban a él que le tenía miedo. Se le permite en la sesión expresar todo su enojo se le validan sus sentimientos pero conversamos acerca de su actitud hacia los demás. Ella reconoce que ha mejorado mucho pero que siente que hay gente más grosera que ella en el trabajo y menos productivas y que a esas les va mejor.

Reconoce que parte de su problema es su expresión facial que la gente piensa que ella está enojada pero para ella no es así. Ha tenido esa expresión desde que era una niña e igualmente su familia la criticaba por eso. Su abuela también tenía una expresión como la de ella.

Sesion 13 (2 de julio de 2007)

Continúan los conflictos con su jefe y con sus compañeros de trabajo. En el plano de pareja su esposo demanda más muestras de afecto hacia él.

Siente que padecer Artritis la convierte en un problema Señaló si mi abuela estuviera viva esto no sería un problema porque yo nada más tendría que llamarla y ella me vendría a buscar y me llevaría al médico Ella dice esto porque se siente incómoda de que su suegro que es medico sea quien la atienda cuando se enferma Ella no se siente cómoda con el porque en una ocasión le dijo que cada vez que a ella la hospitalizaban todos tenían que correr Además en una ocasión la llamo estúpida

Sesion 14 (23 de julio de 2007)

Dado que el conflicto central (pérdida de su abuela) ha sido trabajado se plantea el final de su terapia dando unos meses para procesar esta terapia Se plantea retomar en 3 meses una nueva terapia para el trabajo de otros conflictos centrados en la relación con sus hermanos biológicos su madre y también su esposo

3 Xiomara

Sesion 1 (9 de abril de 2007)

Esta es la primera sesión posterior a la entrevista inicial. Señala lo siguiente: "hoy me siento mejor". Al preguntarle la razón, responde que anoche pudo dormir en su casa. Narró sobre el comportamiento de las hermanas de su esposo durante su último año de vida. La paciente recuerda estos hechos con mucho resentimiento, ya que siente que ellas la hirieron mucho, sobre todo la hermana mayor de su esposo a quien etiqueta como la "matrona", una mujer que nunca se casó ni tuvo hijos y se dedicó a pasar los límites del matrimonio de la paciente con su esposo.

Sesión 2 (16 de abril de 2007)

Señaló que anoche durmió nuevamente en su casa. Dice: "ya no me da esa depresión". Sale nuevamente el tema del resentimiento hacia sus cuñadas, ahora por el dinero que le cobraron luego de la muerte de Alonso, y porque la "matrona" le pidió un escrito que dejó su esposo para publicarlo. Xiomara señala que le contestó que no sabía dónde estaba, y que eso fue su venganza hacia ella.

Sesión 3 (23 de abril de 2007)

En esta sesión señala que está colocando las piezas de su vida en su lugar. Se refiere a que está poniéndole límites a sus sobrinos. Como ella no

tuvo hijos llena parte de ese vacío con éstos pero cuando siente que ellos no responden como ella espera se enoja y vuelve su frustración por no ser madre

Ahora a pesar de reconocer su frustración establece límites no solo con ellos sino también con otros miembros de su familia Al hablar sobre estos límites le señalo que tal vez ella está mandando algún mensaje que le indica a otros que pueden atravesar esos límites ya que observo por historia que tiene dificultades en esta área

Sesión 4 (30 de abril de 2007)

En esta sesión vuelve a salir el tema de los límites que otros sobrepasan refiriéndose a una amiga que le pidió que le alquilara un cuarto a su hijo Xiomara le indica que no y le da las razones de su decisión Su amiga se molesta con ella y Xiomara está muy llena de rabia Le pregunté qué era lo que realmente la tenía tan molesta y ella responde si él estuviera aquí yo no estaría pasando por esto Yo sabía que él siempre se iba y andaba en su política y en sus cosas pero yo sentía que cuando llegaba a la casa era mío En ocasiones no hacíamos nada especial al llegar a casa pero a mí me bastaba con saber que él llegaba Entonces yo le señalo que la causa real de su enojo es que no tiene a Alonso y ella asiente

Ahora siente que le cuesta reorganizar su vida pero está dando los pasos para hacerlo Se normalizan sentimientos y se dan algunos lineamientos orientados a un cambio de actitud principalmente aceptar sus pérdidas previas y asumir un nuevo rol ante ellas

Sesión 5 (7 de mayo de 2007)

En esta sesión retomamos el mapa del duelo que realizó en la primera entrevista. Señala que sus cambios de humor son muy intensos y que tiene la sensación de tener asuntos inconclusos. Señala: "quiero reorganizarme y no sé por donde empezar". Trae a colación el tema de sus cuñadas. Yo le señalé que ellas ya no eran parte de su vida desde que su esposo murió, pero que ella las sigue teniendo muy presentes. Muy preocupada me pregunta qué debe hacer que si yo pienso que ella es tonta por haber dejado que sus cuñadas se metieran tanto en su vida. Le señalo que si ellas traspasaron sus límites, no debe culparlas a ellas, sino buscar en si misma la razón por la cual se los permitía. Y señaló que la razón era Alonso, su esposo. Le dije que ya era tiempo de dejar los resentimientos atrás y perdonarse a si misma por haberlo permitido, perdonarlas a ellas y también a su esposo por no haber puesto él los límites.

Sesión 6 (14 de mayo de 2007)

Hoy Xiomara recordó un incidente con Alonso durante los primeros años de casados. Hubo una boda de una sobrina de él y Xiomara se sentía muy feliz porque lo iba a acompañar. A la boda acudió la primera esposa de Alonso y al finalizar la ceremonia por la iglesia, éste llevó a Xiomara a casa y se devolvió a la fiesta. Al día siguiente tuvieron una discusión muy fuerte y la paciente le indicó a su esposo que nunca más le acompañaría a un evento con su familia y efectivamente así fue. Él muchas veces, luego de esta situación, le pidió que le

acompañara a la casa de sus hermanas y Xiomara se negaba. La matrona desde esa fecha dejó de ser amable con Xiomara y aquí recuerda que al principio del matrimonio sí fue bien aceptada y recibida por las hermanas de su esposo. Que los problemas y dificultades de relación vinieron después aunque las intromisiones estuvieron desde el principio.

Le señalé que haberse negado a acompañar a su esposo a eventos familiares dio pie para que poco a poco la familia la fuera apartando y por consiguiente ella no fue participe de cosas que su esposo hacía con sus hermanas.

Xiomara señala que para ella es muy duro escuchar estas cosas pero que le gustó que se lo dijera para ir entendiéndose a sí misma y trabajar el perdón hacia sus cuñadas.

Sesion 7 (21 de mayo de 2007)

Hoy centramos la sesión en su duelo por infertilidad. Me señala de qué me ha servido ser tan prejuiciosa cuando Alonso estaba vivo me dijo que si su semilla no servía que usara otro donante de espermias pero yo no quise porque sabía que la familia de él no iba a aceptar (refiriéndose a sus hermanas) ahora estoy sola sin una persona a la cual cuidar y mendigando la compañía de los demás. Le pedí que frente a esta situación asumiera una actitud más protagonista pues lamentarse por lo que no hizo en el pasado la iría llevando a un callejón sin salidas. Le pregunté si en alguna ocasión había pensado en adoptar un niño o niña y señaló que en el pasado lo intentó con su esposo pero

que no siguieron con todo el proceso. Le pregunté si había pensado como haría frente a una situación como esa y me dijo que sí. Noté que ya se ha imaginado cómo sería su vida con un bebé en casa, quién lo cuidaría y como sería la relación entre ellos. Le pedí que iniciara investigaciones para ir poco a poco preparándola para este momento.

Sesion 8 (28 de mayo de 2007)

En esta sesión Xiomara habla sobre un compañero de trabajo que la acompaña a todos lados. Es un hombre con compromisos pero le ha hecho insinuaciones a Xiomara. Le dijo que ella le gustaba. Xiomara reaccionó preguntándole que si ella había hecho algo como para que él pensara que podía decírselo y él le contestó que no. Traté de enfocarme más en el interés que la paciente pudiera tener en esta persona y le pregunté si ella estaba interesada en volver a involucrarse afectivamente con otra persona. Xiomara si quiere volver a casarse y tener una relación estable. Le pregunté si esta persona realmente le interesaba o si le agradaba tener su compañía como amigo. Ella dijo que no se involucraria con un hombre con compromisos pero que este en particular le recuerda mucho a su esposo. Hablamos al respecto y ella concluyó que ese interés no era una buena razón para estar con él. Le dije que lo mejor era interesarse en una nueva persona por quién era esa persona y no porque le recordara a Alonso.

Sesion 9 (4 de junio de 2007)

Luego de que hablamos del perdón hacia su esposo por la sensación de la paciente de que él no le daba su lugar frente a sus hermanas Xiomara dijo que ella sentía que se había ganado un Oscar porque ella logro que él le dijera *te amo*. Recuerda que durante los primeros años de matrimonio cuando ella le preguntaba si la quería su respuesta era No estoy contigo pues? Señala que él era un hombre que no sabía dar amor y que ella le enseñó a hacerlo

También habló que ella admiraba a su esposo porque era un hombre muy inteligente y muy formal aunque sabía que no era muy guapo Tocaba el piano y el acordeón como los ángeles según dice la paciente En una ocasión él se ofreció a ayudarla a limpiar la casa y ella le dijo mejor haz lo que tu mejor sabes hacer toca el piano Y se ríe porque su esposo era torpe en motricidad gruesa y sabía que él no la podía ayudar en las cosas de la casa

Le señalo la importancia de poder reconocer tanto los aspectos positivos como negativos de la persona fallecida para adaptarse a la vida sin esa persona

Sesión 10 (11 de junio de 2007)

Como hemos dedicado a hablar algunas sesiones al tema de la infertilidad Xiomara habla hoy sobre su compulsividad a comprar "tonterías" y a ir a los almacenes aunque no tenga plata y no compre nada Ella dice que hace esto como forma de compensar el no haber podido tener hijos que llena su vacío de esta manera Cuando su esposo estaba vivo ella podía darse estos

lujos pero ahora que él no está y su economía se ha vuelto insuficiente tampoco ha dejado de hacerlo

Ella reconoce que esto se debe a su vacío así que intento explorar con ella otras opciones para enriquecerse como persona Le pregunto entonces si efectivamente al ir de compras ella ha logrado sentirse mejor y señala que no que el vacío sigue allí Le pido entonces que piense en otras formas de llenar ese vacío

Sesión 11 (18 de junio)

Una de las razones por las que Xiomara acude a terapia es porque desde la muerte de su esposo no ha podido regresar a su casa Va todos los fines de semana pero siente a pesar del tiempo que llevamos en terapia que aun no logra empezar a organizarse Siente que va y no hace nada

Sin embargo al menos ha logrado ir los fines de semana y eso es un avance importante

Hoy recuerda toda la inversión que hizo para que su esposo pasara sus ultimos meses de vida más cómodo Hizo cambios importantes en la casa remodeló la terraza y se sintió muy bien porque a su esposo le gustó

Sesión 12 (2 de julio de 2007)

En esta sesión rememora los recuerdos de los momentos en que su esposo estaba en casa mientras llovía Si estaba fuera de la casa llegaba temprano Le pedía a Xiomara que le hiciera un "té rico" y miraban juntos

Forrest Gump ó El Paciente Inglés Al hablar de esto señala Yo cuidé de él como si fuera un hijo

Hoy me señala que siente que está llegando a un callejón sin salida y me pide desesperada que la ayude

Sesión 13 (23 de julio de 2007)

Hoy ha dicho que al recordar las cosas que le decia a su esposo durante su período de enfermedad ella estaba tratando de retenerlo Le hacía ver su gran entusiasmo y confianza en que él se salvaria y le decia no me abandones El respondia mamita no me des esa carga Tu puedes volverte a casar” En este momento reconoce su enojo hacia Dios por todas las veces que oró y no recibió respuesta de El

Sesión 14 (30 de julio de 2007)

Señala que quiere superar los rencores hacia las hermanas de su esposo Ha pensado mucho en lo que le dije respecto a perdonar para su propia recuperación Ella conserva unos documentos que su esposo escribió antes de morir y sus hermanas quieren publicarlo En su resentimiento les había dicho que no sabia dónde los tenía Como parte de su recuperación y liberación de resentimientos ha decidido dárselos porque para ella no tienen ninguna utilidad

Respecto a sus sobrinos a quienes percibe en ocasiones como malagradecidos con ella continua poniéndoles limites y asegura que se siente mejor por eso

En esta sesión se hace entrega de los resultados de los test aplicados y se da una cita más para el cierre

C ANÁLISIS PARA ESTABLECER EL DUELO COMPLICADO DE ACUERDO A LAS VARIABLES INTERVINIENTES EN LA PERDIDA

1 Melina

<u>Variable</u>	<u>Son factores que complican</u>
Relacionadas con el sujeto	<p>Edad y género Melina es una adulta joven La pérdida de su hija a los 39 años de edad requiere años de acuerdo a Tizón para la reorganización del mundo interno y el Si mismo</p> <p>Personalidad del sujeto Sus relaciones son ambivalentes y presenta tendencia a establecer vinculos ansiosos (miedo a perder)</p> <p>Rasgos melancólicos y obsesivos</p> <p>Evitación de vínculos</p> <p>Circunstancias Psicosociales condiciones de vida económicamente insuficiente</p> <p>Cogniciones percibe deficiencias familiares en cuánto a cómo había que ayudarle al momento de la pérdida y durante su proceso de duelo que ha generado resentimientos hacia sus padres y hermanos</p> <p>Vivencias anteriores relevantes al duelo vinculos anteriores ansiosos y ambivalentes</p>

	tendencia a cuidar compulsivamente padre ausente y poco capaz de contener y ayudar madre castradora
Relacionadas con el objeto	La pérdida de un hijo
Relacionadas con la relación sujeto objeto	relación sujeto objeto íntima y dependencia psicológica y social hacia la fallecida
Relacionadas con el como de la pérdida	Pérdida subita e inesperada
Posibilidad de facilitar un cuadro de trastorno por estrés postraumático	

2 Vicki

<u>Variable</u>	<u>Son factores que complican</u>
Relacionadas con el sujeto	<p>Edad y genero Vicki es una adulta joven Su primera pérdida es el abandono de su madre sin embargo la calidad del cuidador sustituto (abuela materna) fue buena La pérdida de su abuela a los 30 años de edad de la paciente requiere años de acuerdo a Tizón para la reorganización del mundo interno y el Sí mismo</p> <p>Personalidad del sujeto Tendencia a la vinculación insegura o ansiosa</p> <p>Evitación de vínculos</p> <p>Circunstancias Psicosociales Escaso apoyo por la distancia geográfica con su familia</p> <p>Cogniciones Percibe que ella influyó en la muerte porque días antes había peleado por teléfono con su abuela</p> <p>Vivencias anteriores relevantes al duelo</p> <p>Cuando se casó su abuela dijo que ya podía morir en paz Su muerte fue un mes después del matrimonio</p> <p>Vínculos anteriores ansiosos</p>

	<p>Experiencias infantiles predisponentes a elaboración insuficiente (abandono de la madre y ausencia de relación con el padre hasta los 19 años)</p> <p>Duelos anteriores (pérdida de estado general de salud a los 17 años cuando se le diagnostica Artritis)</p>
Relacionadas con el objeto	Pérdida de un familiar íntimo (abuela)
Relacionadas con la relación sujeto objeto	<p>Vinculación ansiosa (miedo a perder el cariño o el afecto del otro)</p> <p>Dependencia psicológica hacia la fallecida</p>
Relacionadas con el cómo de la pérdida	<p>Pérdida súbita e inesperada*</p> <p>Relación intensamente pasional entre el sujeto y la fallecida en los días anteriores</p>
Otros factores	<p>Pérdida del estado general de salud desde los 17 años (Artritis) imposibilidad de tener hijos a consecuencia de la enfermedad</p>
Posibilidad de facilitar un cuadro de "trastorno por estrés postraumático"	

3 Xiomara

<u>Variable</u>	<u>Son factores que complican</u>
Relacionadas con el sujeto	<p>Personalidad del sujeto Tendencia a establecer relaciones ambivalentes y ansiosas</p> <p>Circunstancias Psicosociales soledad vivir sin otros íntimos economía drficultosa no existen personas con las cuales hablar de la pérdida</p> <p>Cogniciones A veces se pregunta si sus esfuerzos fueron suficientes</p> <p>Vivencias anteriores relevantes al duelo</p> <p>Vinculo ambivalente con el esposo tendencia a cuidarle compulsivamente duelos anteriores no resueltos (por infertilidad y por dos abortos) baja autoestima</p>
Relacionadas con la relación sujeto objeto	<p>Vinculación sujeto – objeto de naturaleza ambivalente</p> <p>Conflictos importantes sujeto – objeto</p> <p>Dependencia psicologica hacia el fallecido</p>
Relacionadas con el cómo de la pérdida	<p>Período prolongado de cuidados a la persona fallecida (más de 6 meses)</p>
Otros factores	